UNIVERSITÉ PARIS VII

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

ANNÉE 1976

N° 17

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(diplôme d'état)

par

JEAN-MARC LEBAUPAIN

né le 15 août 1948

à Langogne (Lozère)

présentée et soutenue publiquement le ....

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES & ÉVOLUTIVES DE 71 CAS D'ULCÈRES GASTRIQUES BÉNINS

Président : M. BONFILS S. , Professeur

Imp. RE-PLANS 77360 Vaires 957.15.11

UNIVERSITÉ PARIS VII

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

ANNÉE 1976 N° ....

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(diplôme d'état)

par

JEAN-MARC LEBAUPAIN

né le 15 août 1948

à Langogne (Lozère)

présentée et soutenue publiquement le ....

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES & ÉVOLUTIVES DE 71 CAS D'ULCÈRES GASTRIQUES BÉNINS

Président : M. BONFILS S. , Professeur

Imp. RE-PLANS 77360 Vaires 957.15.11

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Je dedie ce travail :

A mon père,

A ma mère,

faible témoignage de ma reconnaissance

et de mon amour

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548118_0025

A mon grand-père

avec toute mon affection

A la mémoire de ma grand-mère

A ma femme,

modeste gage de mon amour

A mes beaux-parents,

A Mamie,

bien modeste témoignage de ma
gratitude et de ma profonde affection

A mes frères

A mes belles-soeurs

A Paul et Marie-Madeleine

A mes Amis

Je remercie Monsieur le Professeur S. BONFILS
qui nous fait le grand honneur d'accepter
la presidence de cette thèse

Je remercie:Monsieur le Professeur P. BERNADES qui m'a aidé de ses conseils. Que ce travail soit l'occasion de lui exprimer ma reconnaissance

Nos maitres de la faculté et des hopitaux

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

POPULATION ETUDIEE

METHODOLOGIE

REPARTITION DES MALADES

ANTECEDENTS notés au moment de la première visite dans le service

I - Antécédents personnels

1) antécédents digestifs

2) autres antécédents personnels

II - Antécédents familiaux ulcéreux

III - Traitements antèrieurement reçus susceptibles de favoriser la survenue d'une poussée ulcèreuse.

IV - Facteurs liés au terrain

a) Alcool

b) Tabac

c) Etat général

SIGNES CLINIQUES REVELATEURS

1) Le syndrome douloureux

2) L'irradiation dorsale de la douleur

3) La pèriodicité de la symptomatologie

4) Les complications

5) Autres signes cliniques

6) Circonstances particulières du diagnostic

7) Délai entre le début des troubles attribuables à l'ulcère et le diagnostic

MOYENS DIAGNOSTIQUES

A) RADIOGRAPHIE

I Signes directs : la Niche

1) Caractéristiques Radiologiques de la niche bénigne

2) Répartition radiologique du siège de l'ulcère sur l'estomac

3) Volume de l'ulcère en radiographie

4) Certitude radiologique de niche

II Signes indirects

III Autres signes radiologiques

B) FIBROSCOPIE

I - Caractéristiques macroscopiques de l'ulcère gastrique de type bénin

II - Répartition anatomique des ulcères

III - Classifications macroscopiques des ulcérations

IV - Autres signes endoscopiques macroscopiques

V - Constatations histologiques et biopsies

C) COMPARAISON RADIOGRAPHIE / ENDOSCOPIE pour le diagnostic d'ulcère gastrique

1) Chronologie Radiographie/endoscopie

2) Siège de l'ulcère d'après la radiographie et d'après l'endoscopie

D) CHOIX THERAPEUTIQUE INITIAL en fonction de l'impression de bénignité radiologique et endoscopique

TRAITEMENT MEDICAL

I - Traitement de la poussée ulcéreuse

II - Bilan après 4 semaines de traitement médical

1) Sur le plan clinique

2) Sur le plan radiologique

3) Sur le plan endoscopique

4) Comparaison Radiographie/endoscopie

5) Résultats

Remarques

III - Traitement d'entretien

1) Résultats à l'arrêt du traitement

IV - AU TOTAL

LES ULCERES PERFORES BOUCHES

I - Signes cliniques

II - Traitement d'attaque

III - Complications

EVOLUTION DE LA MALADIE ULCEREUSE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

I - Délai de surveillance des malades non opérés après la première poussée évolutive de leur ulcère.

II - Evolution de la maladie ulcéreuse

1) Fréquence des récidives

2) Délai entre la première poussée et la première récidive

3) Répartition des malades en fonction du nombre de récidives

4) Fréquence du traitement chirurgical en cas de récidive

III - Complications de la maladie ulcéreuse

IV - Traitement chirurgical

Indications opératoires

Fréquence de l'indication chirurgicale suivant l'ancienneté de la maladie

Interventions pratiquées

Constatations anatomopathologiques

COMMENTAIRES

COMMENTAIRES SUR LES DONNEES GENERALES DE L'ETUDE

I - Critique de la population étudiée et des méthodes d'étude

II - Répartition des malades en fonction de l'âge

III - Facteurs liés au terrain

1) Alcoolisme

2) Tabac

IV - Facteurs nutritionnels et sociologiques

V - Délai entre le début des troubles et le diagnostic

COMMENTAIRES SUR LES MOYENS D'INVESTIGATIONS

1) Fibroscopie

2) Radiographie

3) Comparaison Radiographie / Endoscopie

4) Apport des données endoscopiques et histologiques

COMMENTAIRES SUR L'EVOLUTION ET LES RECIDIVES

COMMENTAIRES SUR LE TRAITEMENT

Traitement médical

Traitement chirurgical

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Peu d'études ont porté sur le devenir de l'ulcère gastrique sous l'influence du traitement médical et il est par exemple difficile de savoir avec quelle fréquence les malades sont opérés quand on étudie l'évolution de l'ulcère gastrique pendant un délai suffisant.

On peut en effet se demander si l'ulcère gastrique n'est pas une affection qui aboutit à plus ou moins long terme à un acte chirurgical dans un grand nombre de cas. Une telle opinion a pu cependant être modifiée par les progrès faits par l'endoscopie gastrique qui permet de distinguer avec beaucoup de sécurité ulcère gastrique bénin et cancer ulcèriforme.

Récemment une importante étude prospective faite dans les hopitaux de la Vétérans Administration (52) a abordé le problème du devenir de l'ulcère gastrique en laissant subsister de nombreux points d'interrogation malgré la qualité de cette étude.

En effet, ce travail avait débuté avant l'ère de la fibroscopie ce qui introduisait toujours le problème de la distinction ulcère bénin-cancer.

Le but de ce travail a été l'étude des caractéristiques cliniques et évolutives de l'ulcère gastrique dont le diagnostic a été affirmé ou contrôlé par les techniques modernes d'endoscopie gastrique.

Cette étude a porté en particulier sur : 1) le mode évolutif de l'ulcère sous l'influence du traitement médical, 2) la fréquence des interventions chirurgicales et la raison de ces interventions 3) les éventuelles

.../...

variations de l'attitude thérapeutique introduites par le recours systématique à l'endoscopie.

Ce travail rétrospectif a porté sur 7I Malades dont le diagnostic d'ulcère gastrique bénin a été affirmé ou confirmé sur des données endoscopiques et histologiques.

POPULATION ETUDIEE

La population d'étude comprend 71 malades ayant un ulcère gastrique bénin, et examinés dans le service de gastro-entérologie de l'Hôpital Beaujon entre 1970 et 1975.

Ont été inclus dans ce groupe, tous les malades ayant un ulcère gastrique vérifié à l'endoscopie , dont la bénignité a été affirmée sur des critères histologiques et évolutifs.

On été exclus de l'étude, les malades dont l'ulcère siègeait sur le cardia ou le pylore, et les malades chez qui un diagnostic de malignité a été histologiquement porté (cancer ulcériforme ou ulcéro-cancer).

Aucune sélection portant sur le sexe ou l'âge n'a été faite.

METHODOLOGIE

Toutes les observations ont été étudiées à l'aide de fiches mécanographiques , selon une grille de dépouillement comportant I58 entrées.

L'étude de ces malades portait sur :

- le sexe
- l'éthnie et la nationalité
- l'âge
- les antécédents personnels et familiaux
- les facteurs associés éventuels (alcool, tabac)
- les signes cliniques et leur évolution
- les examens complémentaires (radiographie et endoscopie)
- les récidives et les complications (perforation sténose, hémorragie)
- le traitement médical et ou /chirurgical

Les comparaisons statistiques entre les groupes ont été faites par la méthode du QUI 2.

Sur une population de 130 malades venus consulter pour un ulcère gastrique, nous avons éliminé 59 dossiers pour une insuffisance d'information.

.../...

REPARTITION DES MALADES

1°) Selon le sexe

Sur un total de 7I malades, nous trouvons 56 hommes et I5 femmes.

2°) Selon la nationalité

Sur 7I malades :

- 45 soit 63,3% étaient de nationalité française et vivaient en France.
- 26 soit 36,6% étaient des sujets immigrés, pour la plupart des travailleurs originaires du Bassin Méditerranéen. Dans ce groupe, on trouve 17 sujets Nord Africains, 8 sujets originaires de pays latins du bassin Méditerranéen, I sujet d'Afrique Noire.
- les I5 femmes étaient de nationalité française, sans éthnie particulière.
- Parmi les 56 malades de sexe masculin on trouve :
  . 30 sujets de nationalité française
  . 26 immigrés

Cette répartition de la population tient à la situation de l'Hôpital Beaujon, dans un secteur à forte densité de travailleurs immigrés dont les familles sont restées dans leurs pays d'origine.

3°) Répartition des malades en fonction de l'âge au moment du diagnostic (figure I)

La fréquence maxima de la maladie se situe entre 40 et 59 ans, avec 37 sujets sur 7I, soit 52,1% pour cette tranche d'âge. Cependant 22 malades sur 7I, soit 3I% sont des malades âgés de plus de 60 ans.

.../...

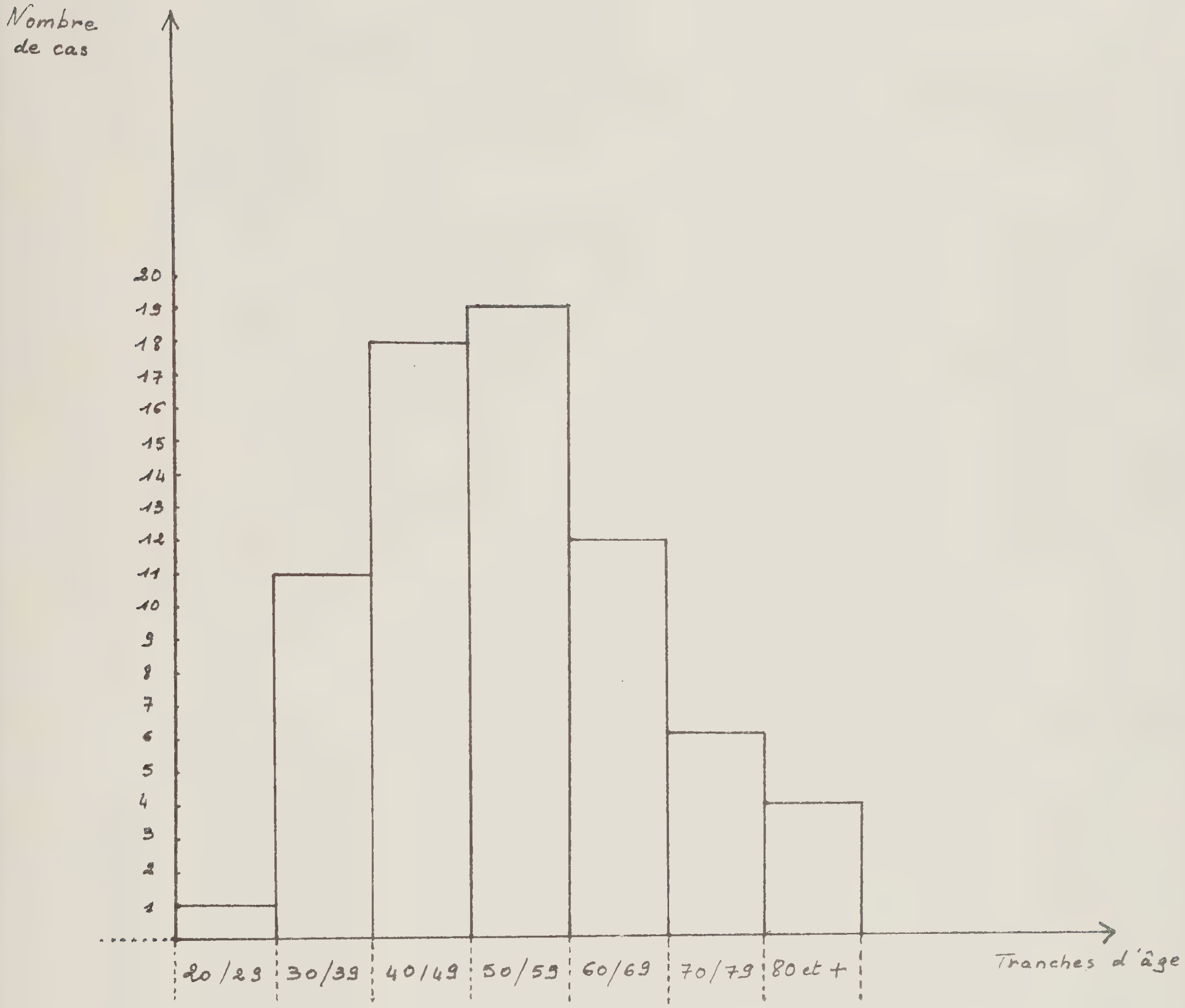

FIGURE I : Répartition des 7I malades en fonction de l'âge au moment du diagnostic.

.../...

ANTECEDENTS NOTES AU MOMENT DE LA PREMIERE VISITE DANS LE SERVICE

I - ANTECEDENTS PERSONNELS

1) Antécédents digestifs

Sur ce groupe de 71 malades, 37 avaient été antèrieurement traités pour une affection gastro-duodénale probable ou certaine.

a) chez 6 sujets, on trouve des antécédents probables (5 fois) ou certain (1fois) de gastrite. La gastrite a été considérée comme probable quand son diagnostic n'a été porté que sur des données cliniques caractéristiques à l'interrogatoire; et certaine, sur des données histologiques.

b) chez 33 malades, on trouve lors de la première consultation des poussées évolutives antèrieures d'ulcère gastrique ou duodénal, dont le dignostic a été porté au moins sur des données radiologiques.

- dans 22 cas, l'ulcère était de siège gastrique et dans 11 cas de siège duodénal.

Chez 4 autres malades, on trouve des antécédents non certains d'ulcère dont le siège n'a pu être précisé.

Sur les 11 malades, ayant eu à un moment quelconque un ulcère duodénal et un ulcère gastrique, on trouve la chronologie suivante de survenue des deux affections : dans 10 cas l'ulcère gastrique est survenu après l'ulcère duodénal et dans un cas l'ulcère gastrique était le premier en date.

Sur 71 cas d'ulcère gastrique, on trouve donc un antécédent d'ulcère duodénal certain antèrieurement, dans 10 cas soit 14,1% des cas.

.../...

2°) Autres antécédents personnels

IO malades avaient été antérieurement traités pour une affection cardiovasculaire (hypertension artérielle, coronarite, insuffisance cardiaque) et 3 malades pour un état dépressif, I malade avait subi 2 ans avant la survenue de l'ulcère gastrique une anastomose porto-cave pour une cirrhose éthylique.

- Antécédents de cirrhose

Sur 7I malades, on trouve 4 cas de cirrhose certaine, de diagnostic biologique et histologique soit dans 5,6% de la population.

II. ANTECEDENTS FAMILIAUX ULCEREUX

Ils n'ont été formellement précisés que dans 27 cas. Il existait chez 6 d'entre eux des antécédents parmi la fratrie ou chez les ascendants soit 22,2% des cas où cet antécédent a été précisé.

III. TRAITEMENTS ANTERIEUREMENT RECUS SUSCEPTIBLES DE FAVORISER LA SURVENUE D'UNE POUSSEE ULCEREUSE

Aucun malade ne recevait de traitement anti-inflammatoire (corticothérapie, phénylbutazone ou indométacine). Chez 7 malades, on trouve une prise spontanée répétée et prolongée d'aspirine, en général pour une affection rhumatologique. Chez 5 d'entre eux est survenue une hémorragie digestive révélant l'ulcère (méléna isolé dans I cas, hématémèse suivie de méléna dans 4 cas); 4 de ces 5 malades étaient âgés de plus de 70 ans.

Ces 5 malades, prenaient chaque jour de 2 à 4 comprimés d'aspirine par 24 Heures depuis plus d'un mois, jusqu'à la veille de leur hospitalisation. L'endoscopie a été faite en urgence chez les 4 malades ayant une hématémèse. Dans tous les cas, il s'agissait d'un saignement dû à l'ulcère, associé deux fois à une gastrite, et deux fois à une hernie hiatale.

.../...

IV. FACTEURS LIES AU TERRAIN

L'étude a porté sur l'intoxication tabagique et l'ingestion de boissons alcoolisées.

a) l'alcool

Nous avons considéré comme une intoxication alcoolique chronique, l'ingestion reconnue habituelle et quotidienne d'au moins I litre de vin par jour ou son équivalence en alcool, pendant au moins un an.

- Sur 7I sujets, 2I buvaient un litre de vin chaque jour , ou plus, soit dans 29,6% des cas.

b) le tabac

La consommation tabagique a été notée dans 46cas sur 7I.

L'intoxication a été retenue chaque fois qu'il existait une consommation supérieure ou égale à 20 cigarettes par jour depuis plus d'un an, ce fut le cas chez 25 malades sur 46, soit dans 54,2% des cas. Sur l'ensemble de la population étudiée l'incidence de l'intoxication tabagique est donc au moins de 35,2%.

c) l'état général

Des précisions sur l'état général ont été notées chez 5I des 7I malades. Un amaigrissement a été constaté et chiffré 27 fois :

1) Amaigrissement de 6kg ou plus dans les 12mois précédant le diagnostic : 8 cas
2) Amaigrissement de 3kg ou plus dans les 6mois précédant le diagnostic : 13 cas
3) Amaigrissement de 2kg ou plus dans le mois précédant l'hospitalisation : 6 cas.

Sur ces 27 malades, 9 avaient une intoxication éthylique chronique certaine, IO autres malades se plaignaient de nausées et de vomissements, 7 d'entre eux étaient porteurs d'une gastrite.

.../...

SIGNES CLINIQUES REVELATEURS

La symptomatologie chez les 71 sujets a été classée suivant :

- 1°) Le syndrome douloureux
- 2°) L'irradiation dorsale de la douleur
- 3°) La pèriodicité de la symptomatologie
- 4°) Les complications
- 5°) Autres signes cliniques
- 6°) Circonstances particulères du diagnostic
- 7°) Délai entre le début des troubles attribuables à l'ulcère et la diagnostic.

.../...

1°) Le syndrome douloureux

Il a été considéré comme typique chaque fois qu'existaient des douleurs à type de crampe ou de faim douloureuse bien rythmées par rapport aux repas dont elles sont séparées par un intervalle libre, calmées par l'alimentation, et les alcalins , d'horaire fixe chez le même malade durant la poussée. Le syndrome douloureux a été considéré comme atypique quand les douleurs n'avaient pas tous ces caractères .

Sur 7I malades, on trouve :

- un syndrome douloureux typique dans 3I cas (43,7%)
- un syndrome douloureux atypique dans 34 cas (47,8%)
- une absence de syndrome douloureux dans 6 cas (8,5%)

Un syndrome douloureux a donc été retrouvé dans 9I,5% des cas.

2°) L'irradiation dorsale de la douleur

L'irradiation dorsale de la douleur a été retrouvée chez I4 malades soit dans 2I,5% des cas s'accompagnant d'un syndrome douloureux, II fois il s'agissait d'un syndrome douloureux typique et 3 fois d'un syndrome douloureux atypique.

3°) La périodicité de la symptomatologie dans l'année

Compte tenu des données de l'interrogatoire avant le diagnostic et de la surveillance de I2 mois au moins après, elle a été retrouvée chez 38 malades sur 56 soit dans 67,8% des cas.

4°) Complications

Une hémorragie digestive à type d'hématémèse a révélé une poussée ulcéreuse chez 16 malades soit dans 22,5% des cas, 2 autres malades ayant un ulcère gastrique antérieurement connu ont fait une hémorragie digestive.

.../...

Chez aucun malade l'ulcère gastrique n'a été révélé par une sténose ou une perforation aigue.

5°) <u>Autres signes cliniques</u>

a) la survenue de nausées et de vomissements a été signalée par 23 malades soit dans 32,4% des cas, IO d'entre eux avaient maigri.

b) des troubles du transit ont été notés chez 10 malades, 4 fois il s'agissait de diarrhée, qui une fois a motivé la première consultation, et dans 6 cas il s'agissait de constipation ou d'alternance de diarrhée et de constipation.

6°) <u>Circonstances particulières du diagnostic</u>

Chez deux malades ayant une cirrhose, l'ulcère gastrique a été mis en évidence par une radiographie systématique de l'estomac en dehors de toute douleur épigastrique, un de ces malades avait subi 2 ans auparavant une anastomose porto-cave et était hospitalisé pour un ictère, l'autre se plaignait d'une altération de l'état général. En fait ces deux malades avaient déjà été traités pour un ulcère de la petite courbure verticale 6 ans auparavant dans un cas, 33 ans auparavant dans l'autre. Il n'y avait pas eu de récidive douloureuse dans l'intervalle.

7°) <u>Délai entre le début des troubles attribuables à l'ulcère et le diagnostic</u>

Le délai nécessaire au diagnostic a été chiffré à partir du début des signes cliniques jusqu'à la certitude diagnostique, qu'elle soit endoscopique et /ou radiologique (tableau I). On remarque donc dans notre série que le diagnostic certain d'ulcère a été fait dans les 3mois suivant le début des symptomes dans 57,8% des cas et que dans 22,5% des cas ce délai a été supérieur à I an.

Ces délais ne tiennent pas compte du retard qui incombe au malade avant la première consultation et de celui dû au médecin pour le diagnostic.

.../...

TABLEAU I

Début des troubles avant le diagnostic	Sur 7I malades	En %
Délai inférieur ou égal à I mois	20 cas	28,2
Délai de I à 3 mois	2I cas	29,6
Délai de 3 mois à I an	I4 cas	19,7
Délai supérieur à I an	I6 cas	22,5

Délai entre le début des troubles attribuables à l'ulcère et le diagnostic.

MOYENS DIAGNOSTIQUES

A.RADIOGRAPHIE

Le transit gastroduodénal a été fait dans 68 cas sur 7I.

Dans tous les cas, il s'agissait d'un transit baryté standard, sans techniques particulières. Trois malades ont été traités sans avoir eu de radiographies initiales, le diagnostic d'ulcère ayant été porté à la fibroscopie.

Dans 62 cas sur 68 une niche ulcéreuse a été mise en évidence, 6 fois la radiographie n'a pas permis de diagnostiquer la niche. Chez deux malades, il existait à la fois une niche gastrique et une niche bulbaire.

I. <u>SIGNES DIRECTS</u> : <u>LA NICHE</u>

1) <u>Caractéristiques radiologiques de la niche bénigne</u>

Nous avons retenu les éléments suivants comme très évocateurs de la bénignité (J. MOMBET (41) (42))

a) lorsque <u>de face</u>, la niche est représentée par une opacité arrondie ou ovalaire, dense, parfaitement limitée à contours précis parfois linéaires, entourée par un halo correspondant au bourrelet oedémateux périulcéreux ,dont les limites extérieures sont floues, de densité croissante, vers l'opacité environnante.

.../...

b) lorsque de profil, l'opacité dense, régulière, bien limitée de la niche se trouve en saillie sur le contour normal auquel elle se raccorde par une depression en pente douce, qui correspond à l'infiltration oedémateuse. Une bande claire peut marquer transversalement, à la base de la niche, la limite entre l'ulcèration et la muqueuse oedématiée. Enfin la présence de plis réguliers et distincts interrompus à distance par l'oedème périulcèreux, et convergeant vers la niche.

2) Répartition radiologique du siège de l'ulcère sur l'estomac (Tableau II)

Dans 54 cas sur 62 soit 87,1 % des cas, l'ulcère était situé sur la petite courbure gastrique, plus souvent au niveau de l'angle (26 cas) ou sur la portion verticale (22 cas) que sur la petite courbure horizontale (6 cas), 7 fois l'ulcère siègeait sur la face postèrieure.

3) Volume de l'ulcère en radiographie

Le volume de la niche ulcèreuse a été classé en trois groupes :

a) ulcères de petit volume

ont été considérés comme tels, les ulcères dont la profondeur par rapport au bord idéal interne de la muqueuse dessiné par la baryte, ou la largeur, n'excédait pas 1 centimètre soit dans 18 cas (29 %).

b) ulcères de moyen volume

ceux dont la profondeur ou la largeur était comprise entre 1 centimètre et 1,5 centimètre, soit dans 28 cas (45,2 %).

.../...

c) ulcères de grand volume

ceux dont la profondeur ou la largeur dépassait I,5 centimètres soit dans I6 cas (25,8%).

L'ulcère perforé bouché a été considéré comme certain soit, sur la présence d'un niveau hydroaérique à l'intérieur de la niche, soit sur la grande profondeur de la niche ulcéreuse.

Ce fut le cas chez II malades soit I6,I% des sujets ayant eu une radiographie et 17,7% des niches ulcéreuses radiologiquement visibles.

4) Certitude radiologique de niche

Sur 68 malades ayant eu des radiographies de l'estomac :

- 6 fois il n'y avait pas de niche gastrique visible
- 54 fois le diagnostic d'ulcère gastrique pouvait être affirmé
- 8 fois il était fortement suspecté sans être affirmé (niche inconstante sur les clichés) dans ces 8 cas l'ulcère aurait pu être confirmé par un nouveau transit, cependant la fibroscopie est intervenue entre temps, et les malades ont été mis sous traitement avant que le deuxième examen ait été pratiqué.

Parmi les 6 malades n'ayant pas de niche gastrique visible, trois avaient des radiographies normales et chez les trois autres on notait, une fois des signes indirects d'ulcère au niveau de l'estomac, une fois un ulcère duodénal, une fois une suspicion de niche pylorique.

Sur les 54 cas, où le diagnostic radiologique d'ulcère gastrique était certain, les critères de bénignité étaient présents dans 44 cas et dans IO cas il existait des réserves sur la bénignité. .../...

TABLEAU II

		nombre de cas	Sur 62 malades
	Petite courbure horizontale	6	9,7%
Petite courbure 54 cas = 87,1 %	Angle de la petite courbure	26	4I,9%
	Petite courbure verticale	22	35,5%
Grande courbure		I	I,6%
Face postérieure		7	II,3%

Siège de l'ulcère sur l'estomac, déterminé par le transit gastro duodénal.

- pourcentage calculé par rapport aux 62 niches ulcéreuses vues à la radiographie.

II. SIGNES INDIRECTS

Des signes indirects ont été mis en évidence de manière certaine pour 42 malades sur 68 soit dans 6I,7% des cas, ont été recherchés :

- la convergence des plis -présente 29 fois
- une encoche de la grande courbure en regard du siège de l'ulcération -présente 16 fois
- une rigidité segmentaire -présente 19 fois
- une rétraction de la petite courbure -présente 5 fois

III. AUTRES SIGNES RADIOLOGIQUES

a) chez 23 malades, il existait en outre une déformation du bulbe : 2I fois sans image d'ulcération visible, par 2 fois avec une image d'ulcération bulbaire (niche).

b) une sténose gastrique modérée avec présence de liquide de stase, gêne à l'évacuation a été découverte chez 8 malades.

c) Enfin ont été dépistés :

- une hernie hiatale dans 3 cas
- des diverticules sur le premier et le deuxième duodénum dans 3 cas.
- un polype sous cardial dans I cas
- des varices oesophagiennes dans I cas.

.../...

Au total :

Sur 68 malades ayant un transit oesogastro duodénal :

- chez 6 malades l'ulcère gastrique n'a pas été diagnostiqué soit dans 8,8 % des cas.
- le diagnostic d'ulcère gastrique a été affirmé 54 fois soit dans 79,4 % des cas.
- 44 fois les caractères radiologiques évoquaient la bénignité (soit dans 64,7 % de la totalité des cas et dans 81,5 % des ulcères diagnostiqués par la radiographie) ; 10 fois des réserves sur la bénignité ont été émises, soit dans 14,7 % de la totalité des cas et dans 18,5 % des niches ulcéreuses vues.

Enfin chez 8 malades, un diagnostic d'ulcère gastrique était probable sans certitude soit dans 11,7 % des cas.

B. FIBROSCOPIE

63 endoscopies ont été faites dans le service lors du bilan initial de la maladie ulcéreuse, dans les 8 autres cas l'endoscopie a été faite secondairement. Dans tous les cas, la niche ulcéreuse a été observée en endoscopie (définition de la population).

I - CARACTERISTIQUES MACROSCOPIQUES DE L'ULCERE GASTRIQUE DE TYPE BENIN

Une ulcèration a été considérée comme bénigne lorsqu'elle présentait : des limites arrondies ou ovalaires, nettes, régulières et précises, des berges congestives de couleur uniforme, arrondies, lisses, prenant un aspect d'ulcération à l'emporte-pièce, et molles à la biopsie; un fond propre, lisse, blanc ou jaune, régulier, recouvert

.../...

d'une fausse membrane et de mucus avec parfois présence de caillots ou de zones noirâtres (saignement et débris nécrotiques), la muqueuse avoisinante restant lisse, non infiltrée, congestive présentant des plis réguliers et convergents se perdant dans l'oedème péri ulcéreux (P. BERNADES et Collaborateurs (3)).

II - REPARTITION ANATOMIQUE DES ULCERES (Tableau III)

Il a été observé :

- 51 ulcérations sur la petite courbure
- 11 sur la face postèrieure
- 1 sur la grande coubure.

III - CLASSIFICATION MACROSCOPIQUES DES ULCERATIONS

Suivant les critères macroscopiques de bénignité adoptés, sur les 63 ulcérations observées, 49 fois l'ulcère a été considéré comme bénin soit dans 77,8 % des cas et 14 fois il existait une suspicion de malignité soit dans 22,2 % des cas, parmi eux deux malades ont été opérés malgré la négativité des biopsies dirigées (suspicion de malignité, associée à une hémorragie récidivante chez un malade).

IV - AUTRES SIGNES ENDOSCOPIQUES MACROSCOPIQUES

On trouve associées à l'ulcère 16 gastrites, soit dans 25,4 % des cas, dans 6 cas il s'agissait d'une gastrite hémorragique et dans 10 cas d'une gastrite atrophique, parmi les 16 malades ayant une

.../...

gastrite macroscopique, 10 avaient un syndrome douloureux atypique et 6 un syndrome douloureux typique.
Enfin, ont été découverts : une bulbite chez 6 malades, une oesophagite, 5 hernies hiatales, un polype sous cardial, une fois des varices oesophagiennes, et un ulcère duodénal évolutif.

TABLEAU III

		Nombre de cas	Sur 63 malades
Petite courbure	Petite courbure horizontale	10	15,8 %
51 cas	Angle de la petite courbure	18	28,6 %
= 81 %	Petite courbure verticale	23	36,5 %
Face antèrieure		0	0
Face postèrieure		11	17,5 %
Grande courbure		1	1,5 %

Répartition anatomique des ulcères de l'estomac diagnostiqués par la fibroscopie (sur 63 cas ayant eu une fibroscopie à la pèriode initiale).

.../...

V - CONSTATATIONS HISTOLOGIQUES ET BIOPSIES

Les biopsies dirigées ont été faites chez 48 malades, non faites dans 15 cas. Parmi eux, un seul ne répondait pas strictement aux critères de bénignité mais les biopsies n'ont pas été faites à cause de troubles de la coagulation (malade ayant une cirrhose éthylique avec ictère et une anastomose porto-cave deux ans avant cette endoscopie) ; tous les autres étaient des ulcères bénins aussi bien d'après l'aspect radiologique que macroscopique. Enfin après 6 semaines de traitement 10 ulcérés n'ayant pas bénéficié lors du bilan initial d'un contrôle histologique ont été biopsiés.

Le nombre de biopsies dirigées a été mentionné 38 fois dans les compte-rendus.

1 à 5 biopsies dans 10 cas
6 à10 biopsies dans 21 cas
plus de 10 biopsies dans 7 cas

REMARQUE : Cette expérience était étendue de 1970 à 1975 ; le nombre de biopsies faites les premières années était faible en général. La quasi totalité des cas où plus de 6 biopsies ont été faites concerne les malades endoscopés à partir de 1972.

Les résultats histologiques n'ont (par définition) affirmé la malignité dans aucun cas mais ont affirmé chez 10 malades l'existence d'une gastrite histologique. Chez 6 autres malades porteurs d'une gastrite les biopsies n'ont pas été faites lors du bilan initial.

.../...

C. COMPARAISON RADIOGRAPHIE / ENDOSCOPIE POUR LE DIAGNOSTIC D'ULCERE GASTRIQUE

60 malades ont eu dans le service une radiographie et une fibroscopie lors du bilan initial de la maladie avant tout traitement.
11 malades ont eu l'une ou l'autre, 3 malades ont été fibroscopés sans radiographie et 8 ont été seulement radiographiés (l'endoscopie étant dans ce cas faite après traitement).

1) Chronologie radiographie/endoscopie

Le plus souvent la radiographie a été faite avant la fibroscopie, dans 49 cas, 11 fois après. L'intervalle entre les deux examens a été variable, le plus souvent infèrieur à 10 jours dans 51 cas sur 60, 9 fois le délai a été supèrieur à 10 jours.
Délai entre les examens radiographiques et l'endoscopie :
- pour 24 malades, le délai était infèrieur ou égal à 2 jours
- pour 12 malades délai de 3 à 5 jours entre les deux examens
- pour 15 malades, délai de 6 à 10 jours entre les deux examens
- pour 9 malades, délai supèrieur à 10 jours

2) Siège de l'ulcère d'après la radiographie et d'après l'endoscopie (tableau IV)

La différence de répartition des ulcères sur la petite courbure sont de deux ordres : 1°) le diagnostic d'ulcère de la petite courbure par la radiographie a été affirmé pour 47 malades sur 48 soit 97,9 % des cas ; 2°) l'ulcère a été différemment localisé suivant les examens ceci uniquement en ce qui concerne les ulcères

.../...

de l'angle, 23 à la radiographie, 17 en endoscopie, dans 6 cas l'endoscopie a localisé l'ulcère différemment : 1 fois sur la petite courbure horizontale au voisinage de l'angle et 5 fois sur la petite courbure verticale. Cela tient au fait que les ulcères de la région angulaire sont plus difficiles à situer avec précision en endoscopie. Enfin et surtout sur les 11 ulcères de la face postèrieure vus en endoscopie, 6 seulement avaient été mis en évidence par le transit baryté oesogastro duodénal standard soit 54,5 % des cas.

Au total : Sur 60 ulcères diagnostiqués à l'endoscopie, la radiographie a fait le diagnostic chez 54 malades soit 90 % des cas.

Sur les 6 ulcères non vus, 3 avaient un transit gastrique normal, 1 une forte suspicion d'ulcère gastrique sur les signes indirects.

A noter enfin, que deux fois il existait un ulcère du bulbe sur les transits, 1 seul de ces deux ulcères était en fait évolutif, l'autre était en rapport avec un bulbe cicatriciel.

TABLEAU IV

SIEGE DE L'ULCERATION	SIEGE DE L'ULCERE EN : RADIOGRAPHIE	ENDOSCOPIE
Petite courbe verticale	18	23
Petite courbure horizontale	6	8
Angle	23	17
Grande courbure	1	1
Face postèrieure	6	11
TOTAL	54 ulcères vus sur 60 soit dans 90 % des cas	60

Comparaison du siège des ulcères d'après la radiographie et d'après l'endoscopie.

.../...

Autres pathologies de découverte endoscopique

- l'endoscopie a permis de découvrir un certain nombre de lésions non visibles sur les radiographies, 16 fois il s'agissait d'une gastrite, 6 fois d'une bulbite, 1 fois d'une oesophagite et 2 fois d'une hernie hiatale.

D. CHOIX THERAPEUTIQUE INITIAL EN FONCTION DE L'IMPRESSION DE BENIGNITE RADIOLOGIQUE ET ENDOSCOPIQUE DANS LE GROUPE DE 60 MALADES AYANT EU CES DEUX EXPLORATIONS

TABLEAU V

Dans 14 cas sur 60 la radiographie standard a donné des renseignements insuffisants l'ulcère étant soit non visible (6 fois) soit non certain (8 fois).

Chez 30 malades, sur 46 où une comparaison correcte peut être faite, radiographie et endoscopie ont donné des arguments convergents en faveur de la benignité. Dans 6 cas, l'endoscopie indiquait une suspicion de malignité contrairement à l'impression radiologique, alors que dans 6 cas c'était l'inverse. Dans 4 cas, l'ulcère à la radiographie et à l'endoscopie était " suspect " de malignité sans confirmation histologique.

Malgré ces divergences une grande confiance a été accordée aux biopsies puisque la presque totalité des malades a été soumise d'abord à un traitement médical d'épreuve, même dans le cas où des arguments macroscopiques en faveur de la malignité ont été recueillis.

Pour les deux seuls malades opérés d'emblée, un malade a fait deux hémorragies digestives dans les 10 premiers jours et avait des antécédents d'ulcère gastrique, l'autre malade avait une large ulcèration de la face postèrieure très suspecte à la fibroscopie, évoluant cliniquement depuis plus de 4 mois et accompagnée d'une perte de poids de 8 kg en 1 an chez un homme de 53 ans.

.../...

TABLEAU V

Transit gastro duodénal	Nombre de cas	Endoscopie aspect macroscopique	Nombre de cas	TRAITEMENT MEDICAL	TRAITEMENT CHIRURGICAL
ULCERES D'ASPECT BENIN	36	Suspect de malignité	6	6	
		Aspect bénin	30	30	
ULCERES " SUSPECTS " DE MALIGNITE	10	Suspect de malignité	4	3	1
		Aspect bénin	6	6	
ULCERES NON CERTAINS A LA RADIOGRAPHIE	8	Suspect de malignité	2	2	
		Aspect bénin	6	6	
ULCERES NON VUS	6	Suspect de malignité	2	1	1
		Aspect bénin	4	4	0
TOTAL	60		60	58	2

Choix thérapeutique initial en fonction de l'impression de bénignité ou de malignité tirée des examens radiologiques et endoscopiques dans un groupe de 60 malades ayant eu ces deux explorations.

Dans tous les cas les prélèvements biopsiques sous endoscopie n'ont pas montré de signe de malignité.

.../...

TRAITEMENT MEDICAL

I. TRAITEMENT DE LA POUSSEE ULCEREUSE

Ce traitement visant à obtenir une cicatrisation rapide de l'ulcère et une disparition des signes cliniques sur une pèriode de 4 semaines a été dit traitement "d'attaque"

- Au terme du bilan initial, un traitement d'attaque d'une durée de 4 semaines a été prescrit chez 67 malades (tableau V). En effet, 4 malades ont été opérés avant tout traitement médical : deux du fait d'une hématémèse récidivante, et deux autres pour un ulcère suspect de malignité sans confirmation histologique.

- Durant cette pèriode tous les malades étaient hospitalisés ce qui explique que : 1) le régime libre excluant cependant alcool, tabac à jeun, épices et condiments, viandes en sauces ; 2) le repos ; 3) les traitements, ont été correctement suivis.

Ontété prescrits principalement deux types de médicaments :

- les anticholinergiques
- les topiques

1) les anticholinergiques ont été utilisés dans 86,5 % des cas, dans 13,5 % des cas il n'a pas été prescrit d'anticholinergiques. L'anticholinergique le plus prescrit a été le Prantal [R] à la dose de 100 mg trois fois par jour dans 46,2 % des cas, ensuite l'Atropine à la dose de 1 à 1,5 mg par 24 heures dans 35,8 % des cas. Trois malades ont reçu d'autres anticholinergiques.

.../...

TABLEAU V

		Nombre de malades	% par rapport aux 67 malades traités médicalement
REPOS (malades hospitalisés)		67	100
REGIME : libre avec exclusion de l'alcool, du tabac à jeun, des épices, des condiments et viandes en sauce		67	100
ANTI_ CHOLINERGIQUES	ATROPINE à la dose de 1 mg à 1,5 mg par jour	24	35,8
	PRANTAL [R] à la dose de 100 mg 3 fois par jour	31	46,2
	Autres anticholinergiques	3	4,5
PANSEMENTS GASTRIQUES (Phosphalugel [R], Gélusil [R] principalement) Bismuth		67	100
AUTRES TRAITEMENTS		9	13,5

Caractèristiques du traitement de la poussée évolutive de l'ulcère

.../...

2) les Topiques (antiacides - pansements)
tous les malades ont eu un pansement gastrique, dans 89,6 % des cas il s'agissait d'un sel d'alumine (Phophalugel R , Gélusil R) dans 10,4 % des cas d'un sel de bismuth.
Parmi les antipeptiques, le polysaccharide le plus fréquemment prescrit a été l' Ebimar R .
Enfin le métoclopramide (Primpéran R) et le sulpiride (Dogmatil R) ont été utilisés en dehors des anticholinergiques ou en association, lorsqu'une composante anxieuse ou fonctionnelle était présente ou lorsqu'il existait une contre-indication aux anticholinergiques.

II - BILAN APRES 4 SEMAINES DE TRAITEMENT MEDICAL

Le résultat thérapeutique a été jugé sur les signes cliniques, radiologiques et/ou endoscopiques et histologiques.

1) Sur le plan Clinique

Chez 49 malades soit dans 73 % des cas, les signes cliniques initiaux avaient entièrement disparu, et une reprise pondérale a été notée lorsqu'il y avait eu une perte de poids. Chez 13 malades, qui présentaient avant le traitement un syndrome douloureux typique ou atypique, les douleurs bien que présentes avaient été très améliorées.
Pour 5 malades le syndrome douloureux et les autres signes cliniques antèrieurs au traitement, avaient persisté.
Par conséquent, sur 67 malades, 62 ont vu leurs signes cliniques disparaître ou régresser.

.../...

2) Sur le plan Radiologique

Le transit gastro-duodénal standard a été fait chez 58 malades. La disparaition de la niche ulcéreuse a été constatée chez 32 malades soit dans 55,2 % des cas radiographiés : une diminution de signes radiologiques de l'ulcère a été trouvée chez 17 malades soit dans 29,3 % des cas ; une persistance de l'ulcère, inchangé ou augmenté de volume, a été constaté chez 9 malades soit dans 15,5 % des cas.

3) Sur le plan Endoscopique

Elle a été faite après 4 semaines de traitement chez 39 malades. Chez 21 malades l'ulcère était cicatrisé soit chez 53,8 % des malades endoscopés, 9 malades avaient un ulcère en voie de cicatrisation et 9 autres un ulcère inchangé, parmi ces derniers, trois avaient un ulcère macroscopiquement suspect de malignité, cette suspicion n'étant pas confirmée à l'histologie.

4) Comparaison Radiographie - Endoscopie (tableau VI)

30 malades ont été radiographiés et endoscopés. Les résultats comparés de ces deux techniques sont concordants dans 24 cas. Cependant dans 6 cas, radiographie et endoscopie ont donné des résultats qui ne sont pas strictement superposables. Dans ces 6 cas, cette différence peut s'expliquer par un intervalle de temps supèrieur à 10 jours entre ces deux examens, alors que le traitement médical était régulièrement poursuivi.

5) Résultats (tableau VII)

Le bilan clinique, radiologique et endoscopique a

.../...

TABLEAU VI

RESULTATS RADIOLOGIQUES	Nombre de cas	RESULTATS DE L'ENDOSCOPIE		
		0	+	++
ULCERE CICATRISE	15	14	1	0
ULCERE EN VOIE DE CICATRISATION	9	3	5	1
ULCERE INCHANGE	6	0	1	5
TOTAL	30	17	7	6

Résultats de l'endoscopie chez les malades ayant eu également un contrôle radiologique (30 malades)
Comparaisons entre les résultats radiologiques et endoscopiques

- 0 ulcère cicatrisé
- \+ en voie de cicatrisation
- ++ inchangé

.../...

TABLEAU VII

Résultats du Traitement médical	Nombre de malades	Diagnostic affirmé sur :		
		La radiographie seule	L'endoscopie seule	La radiographie et l'endoscopie
Ulcère cicatrisé	38	17	4	17
Ulcère en voie de cicatrisation	17	8	2	7
Ulcère inchangé	12	3	3	6
TOTAL	67	28	9	30

Résultats du traitement médical en fonction des moyens utilisés pour contrôler ces résultats.

.../...

montré que sur les 67 malades traités, 12 malades avaient leur ulcère inchangé par rapport au bilan avant traitement, bien que chez 7 malades sur 12 les signes cliniques aiant été atténués sans toutefois disparaître entièrement.

De ces 12 malades, 7 ont été opérés. Les indications opératoires ont été, outre la résistance au traitement médical, dans 1 cas l'association à une sténose antro-pylorique modérée, dans 2 cas à une hématémèse dont l'une chez un cirrothique, enfin, un ulcère était "suspect" d'après l'aspect endoscopique sans signe de malignité à l'histologie.

Pour 17 malades l'ulcère était en voie de cicatrisation, parmi eux 7 malades étaient porteurs d'un ulcère perforé bouché. Enfin 38 malades n'avaient plus d'ulcère gastrique visible.

Au total sur 67 cas, une évolution favorable de la poussée ulcéreuse sans traitement médical a été constatée dans 55 cas (soit dans 82,1 % des cas) : dans ce groupe une cicatrisation complète a été constatée dans 38 cas. Cependant dans 12 cas, l'ulcère n'a pas été modifié sous traitement médical : 7 de ces 12 malades ont été opérés.

REMARQUES :

Parmi le groupe des 60 malades ayant eu uneendoscopie et des radiographies lors du bilan initial (tableau V) 10 malades avaient un ulcère radiologiquement "suspect" dont 1 a été opéré d'emblée.

Chez les 9 malades restants, 6 avaient en fait les caractères de bénignité à la première fibroscopie, dans 6 cas l'ulcère était cicatrisé ou en voie de

.../...

cicatrisation sans aspect évocateur de malignité au contrôle après traitement médical. Pour les 3 autres ulcères " suspects " aux premières radiographies et à la première fibroscopie : 1 était cicatrisé et bénin, les 2 autres ont été opérés pour résistance au traitement médical et un aspect inchangé sur les radiographies comme à la fibroscopie. Sur les 12 malades non opérés après le bilan initial et où un doute persistait quant à la bénignité (sans confirmation histologique) 2 ont été cités au paragraphe précédent (les deux malades opérés) 10 ulcères étaient cicatrisés ou en voie de cicatrisation.

Donc au total :

Après un traitement dit d'attaque, de 4 semaines associant anticholinergiques, pansements gastriques, repos, et régime libre, à l'exclusion des épices, de l'alcool, du tabac à jeun, des plats en sauce et graisses cuites, chez les 58 malades ayant eu une fibroscopie et une radiographie au bilan diagnostique, 46 pouvaient être objectivement comparés, puisque dans 14 cas la radiographie standard ne permettait pas un diagnostic de certitude. Sur ces 46 malades, l'ulcère était cicatrisé ou en voie de cicatrisation chez 44 malades ; chez 2 malades l'ulcère résistant au traitement médical et " suspect " aux deux séries d'examen a été opéré.

III - TRAITEMENT D'ENTRETIEN

A la fin du traitement d'attaque 60 malades ont été considérés comme relevant d'un traitement médical (un malade n'a pas suivi le traitement prescrit) (Tableaux VIII et IX).

.../...

Chez 12 malades le traitement d'attaque a été poursuivi pour une durée de 3 à 4 semaines puis relayé par un traitement d'entretien.Chez 48 malades un traitement d'entretien a été prescrit, le traitement d'entretien a été considéré comme complet quant il associait le Prantal R (méthyl-sulfate de Diphémanil) à un pansement gastrique ; il a été considéré comme incomplet lorsqu'il comprenait un pansement gastrique et / ou un antiacide et/ou un polysaccharide, associés si nécessaire à un neuroleptique (Dogmatil R) ou un anxiolytique.
Un traitement d'entretien complet a été prescrit chez 33 malades, un traitement incomplet chez 15 malades. La durée du traitement est indiquée au tableau VIII.

1°) RESULTATS A L'ARRET DU TRAITEMENT

Au terme du traitement d'entretien qui a duré en moyenne 6 mois :
- 54 malades étaient considérés comme guéris cliniquement et d'après les examens complémentaires. Un malade n'ayant pas suivi de traitement d'entretien n'avait plus d'ulcère. Pour trois autres malades dont le résultat fût considéré comme " moyen ", bien que l'ulcère soit guéri sur le plan radiologique et endoscopique, 2 étaient porteurs d'une gastrite avec persistance de douleurs modérées et atypiques, 1 malade avait une sténose antropylorique modérée.
De fait l'ulcère était cicatrisé chez 58 malades. Une décision opératoire fut prise deux fois pour des ulcères perforés bouchés résistants au traitement médical.

.../...

TABLEAU VIII

Durée du Traitement d'entretien	Traitement d'attaque prolongé suivi d'1 traitement d'entretien	Traitement d'entretien complet	Traitement d'entretien incomplet	Total des malades
de 1 à 3 mois	0	4	3	7
de 4 à 6 mois	6	13	5	24
de 7 à 12 mois	4	10	5	19
plus de 12 mois	2	5	2	9
TOTAL	12	32	15	59

Durée et qualité du traitement d'entretien

.../...

TABLEAU IX

RESULTATS THERAPEUTIQUES	Traitement d'entretien complet	Traitement d'entretien incomplet	Traitement d'attaque prolongé suivi du traitement d'entretien	Total des malades
avorables (ulcère cicatrisé)	30	15	9	54
loyens	1	0	2	3
éfavorables	1	0	1	2
ombre de malades	32	15	12	59

Résultats sur la poussée ulcèreuse

IV - AU TOTAL

BILAN CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE SUR L'ENSEMBLE DES 71 MALADES AU TERME DU TRAITEMENT DE LA POUSSEE ULCEREUSE (Tableau X)

1°) 4 malades opérés d'emblée

- deux pour hémorragie digestive

- deux pour suspicion de malignité endoscopique et radiologique sans confirmation histologique (un de ces malades avait perdu 8 kg en 1 an).

2°) 67 malades ont reçu un traitement médical.

Après 4 semaines de traitement, 38 ulcères étaient considérés comme cicatrisés, 17 en voie de cicatrisation, 12 ulcères étaient inchangés dont 7 ont été opérés, car en plus de la résistance au traitement médical, 3 avaient un ulcère gastrique récidivant, 1 était porteur en plus d'une sténose antropylorique, 1 malade ayant un ulcère " suspect " a fait une hémorragie digestive malgrè le traitement.

3°) Les 60 malades non opérés restants ont été traités médicalement : 48 d'entre eux ont eu un traitement d'entretien d'emblée, les 12 autres ont continué le traitement d'attaque durant une pèriode de 3 semaines avant d'être mis au traitement d'entretien.
Sur 60 malades, 58 avaient un ulcère cicatrisé n'ayant pas récidivé au bout de 6 mois de traitement en moyenne, 2 ont été opérés pour un ulcère perforé bouché résistant au traitement médical.

.../...

TABLEAU X

	ULCERES CICATRISES AU TERME DE :			
	4 semaines de Traitement	8 semaines de Traitement	12 semaines de Traitement	24 semaines de Traitement
NOMBRE DE MALADES	38	44	50	58
POURCENTAGE SUR 67 MALADES TRAITES MEDICALEMENT	56,7	65,6	74,6	86,6
POURCENTAGE SUR L'ENSEMBLE DES 71 MALADES	53,5	62	70,4	81,7

MALADES OPERES 13 cas	Avant traitement		Durant le traitement
	4	7	2

Résultats thérapeutiques sur la poussée ulcèreuse en fonction de la durée du traitement

1°) sur les 67 malades traités médicalement

2°) sur l'ensemble du groupe

.../...

Les résultats du traitement médical montrent qu'à 12 semaines 74,6 % des ulcères qui n'ont pas été opérés sont cicatrisés. Parmi les 8 malades dont l'ulcère a nécessité pour cicatriser un traitement de plus de 3 mois, figurent 4 ulcères perforés bouchés.

Sur la population totale de 71 malades la poussée ulcèreuse a été considérée comme guérie à 24 semaines dans 81,7 % des cas ; les 18,3 % des malades restants correspondent aux malades opérés soit d'emblée, soit après traitement médical.

.../...

LES ULCERES PERFORES - BOUCHES

- 11 malades sur 71 étaient porteurs d'un ulcère gastrique perforé bouché dont le diagnostic a été porté sur des données radiologiques
- il n'a pas été noté de distribution particulière suivant l'éthnie et suivant l'âge.

1) Les antécédents personnels ulcèreux chez ces 11 malades montrent que :

chez 1 malade il s'agissait de la troisième poussée évolutive de son úlcère gastrique, et que 4 malades avaient déjà eu avant un ulcère bulbaire. Enfin 1 malade était atteint de cirrhose d'origine éthylique.

2) Le délai entre le début des signes cliniques et le diagnostic était infèrieur à 1 mois pour 4 malades, de 1 mois à 3 mois pour 1 malade, de 3 mois à 1 an pour 4 autres malades, supèrieur à 1 an pour 2 malades.

3) Une perte de poids a été signalée par 6 malades, non chiffrée pour 2 d'entre eux.

.../...

I - SIGNES CLINIQUES

- 5 malades avaient un syndrome douloureux typique, et 5 autres un syndrome douloureux atypique, 1 malade n'avait pas de douleur.
- l'irradiation dorsale de la douleur a été retrouvée 3 fois.
- la périodicité a été retrouvée 5 fois.
- Complications révélatrices pouvant accompagner le syndrome douloureux :

- Trois malades ont été hospitalisés pour une hémorragie digestive, quatre malades se plaignaient en outre de nausées et de vomissements.
- A l'examen radiographique et à la fibroscopie, l'ulcère siègeait de manière concordante 7 fois sur la petite courbure verticale, 4 fois à l'angle ; tous les ulcères ont été vus sur les radiographies et à la fibroscopie.
Dans 1 cas, un ulcère perforé bouché considéré comme bénin à la radiographie a paru suspect en endoscopie, pas de signe évocateur de malignité à l'histologie.
L'indication opèratoire fût posée d'emblée chez 1 malade pour hématémèse et pour 10 malades un traitement d'attaque fût décidé.

II - TRAITEMENT D'ATTAQUE

Ce traitement associait un anticholinergique à un pansement gastrique, généralement un sel d'alumine.
Sa durée a été de 4 semaines. Au terme de ces 4 semaines le bilan clinique a montré :

.../...

1) une disparition des signes cliniques pour 5 malades.
2) une sédation incomplète des signes cliniques dans 3 cas.
3) Aucune amèlioration dans 2 cas.

Les contrôles radiologiques et endoscopiques ont permis de constater au terme du traitement d'attaque que :

1) chez 1 malade la niche était cicatrisée et avait disparu .
2) chez 2 malades elle persistait sans amèlioration notable.
3) chez 7 malades l'ulcère avait diminué de taille et paraissait en voie de cicatrisation.

Parmi ces 10 malades, 2 ont été opérés pour résistance au traitement médical après 4 semaines de traitement. Les 8 autres malades ont continué le traitement médical associant un anticholinergique à un pansement gastrique, le plus souvent un sel d'alumine. La durée totale du traitement fût supèrieure à 1 an pour 4 malades et de 7 mois à 1 an pour 2 malades, une décision opératoire fût prise avant le 6ème mois de traitement pour 2 autres malades. Dans ces deux derniers cas, l'ulcère persistait inchangé, par rapport au contrôle après 8 semaines de traitement, à plusieurs contrôles.
Pour les 6 malades non opérés une cicatrisation de leur ulcère a été obtenue dans les 6 mois qui ont suivi le diagnostic.

.../...

III - COMPLICATIONS

Sur les 11 malades porteurs d'un ulcère perforé bouché 4 ont fait une complication : deux fois il s'agissait d'une hématémèse révélatrice, une fois d'une hémorragie chez un malade ayant un ulcère ancien connu, deux autres malades ont fait une sténose antropylorique modérée.

Au total :

4 ulcères furent opérés pour résistance au traitement médical et 1 pour une hémorragie digestive. Donc 5 malades sur 11 ont été opérés du fait d'une poussée d'un ulcère perforé bouché contre 8 sur 60 malades ayant un ulcère non perforé bouché.
Cette différence, à savoir la plus grande fréquence d'intervention au cours des ulcères perforés bouchés dans notre série est significative.

- Récidives

Parmi les 6 malades n'ayant pas été opérés lors de la poussée en rapport avec un ulcère perforé bouché, 2 malades ont fait des récidives.

1) 1 malade avait déjà fait 2 poussées évolutives, la troisième fois l'ulcère de la petite courbure verticale était perforé bouché ; par ailleurs un ulcère bulbaire avait été traité et cicatrisé ; il n'a pas recidivé par la suite.
2) Chez 1 malade, l'ulcère perforé bouché traité et cicatrisé qui avait révélé la maladie, a été suivi de 2 poussées évolutives (ulcère bénin non perforé bouché à chaque fois). Ces 2 poussées ont cicatrisé sous traitement médical.

Aucun de ces deux malades n'a été opéré. La surveillance médicale a été de 2 ans pour l'un, de 5 ans pour le second.

.../...

EVOLUTION DE LA MALADIE ULCEREUSE
TRAITEMENT CHIRURGICAL

I - DELAI DE SURVEILLANCE DES MALADES NON OPERES APRES LA PREMIERE POUSSEE EVOLUTIVE DE LEUR ULCERE

- Sur la population initiale de 71 malades, 56 malades ont été suivis plus de 12 mois et non opérés à la première poussée ulcèreuse. Parmi eux, 14 malades ont été suivis de 1 à 2 ans, 14 malades de 2 à 3 ans, 7 malades de 3 à 5 ans et 21 5 ans et plus.
- Les 15 malades restant ont été soit opérés à la première poussée évolutive (8 malades), soit perdus de vue après cicatrisation de cette poussée dans un délai n'excédant pas 12 mois pour 7 malades, soit dans 9,8 % des cas.

II - EVOLUTION DE LA MALADIE ULCEREUSE

Elle a été étudiée sur un groupe de 56 malades suivis au moins 12 mois. Seules les récidives certaines contrôlées par la radiographie et/ou l'endoscopie ont été retenues.

1) Fréquence des récidives

Sur 56 malades, 29 ont fait une ou plusieurs récidives, soit dans 51,7 % des cas et 27 n'ont pas récidivé pendant le délai de surveillance (soit 48,3 % des cas).

.../...

2) Délai entre la première poussée et la première récidive (Tableau XI)

Sur les 29 malades ayant fait une ou plusieurs récidives :

- On constate que 41,4 % des malades ayant fait une deuxième poussée ulcèreuse l'ont faite dans les 2 premières années qui ont suivi le diagnostic initial.
- 9 malades soit 31 % des 59,6 % restant ont récidivé entre la 2ème et la 5ème année.

- Par conséquent, lorsque l'ulcère a récidivé, dans 72,4 % des cas (21 malades sur 29cas) cette récidive a eu lieu dans les 5 premières années et dans 27,6 % des cas à plus de 5 ans de la poussée initiale.

L'incidence par rapport à l'ensemble du groupe de 56 sujets montre que 37,5 % des malades ont récidivé dans les 5 premières années et seulement 14,2 % à plus de 5 ans de la poussée initiale.

3) Répartition des malades en fonction du nombre de récidives (Tableau XII)

L'étude de la fréquence des récidives montre que 22 malades ont fait 1 ou 2 récidives. Sur 56 malades, 39,2 % n'ont fait qu'une ou 2 récidives et 12,5 % des malades ont fait 3 récidives.

4) Fréquence du traitement chirurgical en cas de récidive

Si l'on considèreles 29 malades ayant fait une récidive au moins, que la poussée initiale ait

.../...

TABLEAU XI

Délai de survenue de la première récidive	Dans la première année	Un à deux ans	Deux à cinq ans	Cinq à dix ans	Plus de dix ans
Nombre de malades	9	3	9	5	3
% par rapport aux 29 malades ayant récidivé	31	10,4	31	17,2	10,4
% par rapport à la population globale de 56 malades	16;1	5,3	16,1	8,9	5,3

Délais entre la première poussée et la première récidive.

TABLEAU XII

Nombre de récidives	Nombre de malades	% par rapport aux 29 malades ayant récidivé	% par rapport à la population de 56 malades
1	10	34,5	17,8
2	12	41,4	21,4
3	1	3,4	1,8
4	4	13,8	7,1
5 et plus	2	6,9	3,6
TOTAL	29	100	51,7

Répartition des malades en fonction du nombre de récidives.

.../...

eu lieu ou non dans le service, on constate que : à l'occasion d'une poussée non contrôlée par le traitement médical 10 ont dû être opérés soit dans 34,5 % des cas, 3 autres malades ont refusé l'intervention.
La fréquence de l'intervention chirurgicale dans un groupe de 49 malades dont la poussée révélatrice de l'ulcère a été explorée dans le service est de 16,3 %. Seulement 8 malades ont été opérés du fait de cette première poussée.

Parmi les 56 malades :

Un groupe de 21 malades a été suivi 5 ans et plus. Dans ce groupe 7 n'ont fait aucune récidive (33,3 %), 14 ont fait une récidive au moins (soit 66,6 %), 8 ont été opérés soit 38,1 % des 21 malades et 51,7 % des 14 malades dont l'ulcère a récidivé.

III - COMPLICATIONS DE LA MALADIE ULCEREUSE

Sur 71 malades porteurs d'un ulcère gastrique bénin, 25 malades ont fait au cours d'une poussée ulcèreuse une complication au moins soit dans 35,2 % des cas.

1) une hémorragie digestive a été retrouvée chez 21 malades soit dans 29,6 % des cas. Parmi ces malades 9 étaient âgés de plus de 60 ans soit 41 % des malades de plus de 60 ans, et 12 avaient moins de 60 ans soit 24,5 % des malades de moins de 60 ans.

.../...

2) Quatre malades ont fait une sténose antropylorique au décours d'une poussée ulcèreuse traitée médicalement soit une fréquence de 5,6 %. Ces 4 malades avaient déjà fait une ou plusieurs poussées évolutives de leur ulcère avant la découverte de cette sténose.
Enfin la résistance au traitement médical a été constatée chez 14 des 21 malades pour qui une intervention était envisagée. Elle est apparue comme la plus fréquente des indications opératoires.
- Aucun malade n'a eu de perforation aigüe.

IV - TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'indication opératoire dans cette série des 71 malades a été posée chez 21 malades sur 71 soit 29,6 % des cas.
L'intervention fût refusée par 3 malades ; 18 ont été opérés.
Sur ces 18 malades, 8 ont été opérés à la première poussée de leur ulcère ; 10 l'ont été du fait d'une récidive de l'ulcère.

- Indications opératoires

1) 14 fois il s'agissait d'un ulcère résistant au traitement médical, soit une fréquence de 19,7 % par rapport à l'ensemble des malades de cette étude, associé chez 3 malades à une hémorragie digestive à type d'hématémèse.
- il existait enfin une sténose antropylorique chez 4 de ces 14 malades.

.../...

2) Dans le groupe de malades opérés à la première poussée, 4 ont été opérés avant traitement médical, 2 pour une complication aigüe, il s'agissait d'hématémèses, deux autres pour suspicion de malignité sans confirmation histologique.
Au total 5 malades ont été opérés pour hémorragie digestive soit dans 7 % des cas.

- FREQUENCE DE L'INDICATION CHIRURGICALE SUIVANT L'ANCIENNETE DE LA MALADIE

Sur 49 malades suivis dans le service pour la première poussée ulcèreuse 8 ont été opérés du fait de cette poussée révélatrice.
Sur 21 malades suivis 5 ans et plus et non opérés durant ces 5 années 7 n'ont fait qu'une seule poussée ulcèreuse pendant cette pèriode, 14 malades ont eu une ou plusieurs récidives 8 d'entre eux ont été opérés du fait d'une récidive de leur ulcère non contrôlée par le traitement médical.
Par conséquent, dans le premier groupe la fréquence du traitement chirurgical a été de 16,3 % alors que dans le deuxième groupe celle-ci a été de 38 %.

- INTERVENTIONS PRATIQUEES

La gastrectomie polaire infèrieure des 2/3 a été pratiquée chez les 18 malades opérés, 11 fois une gastrectomie de type Péan a été faite et 7 fois une gastrectomie type Finsterer - Polya.

.../...

Les suites opératoires ont été simples chez 17 malades. Un malade est décédé dans les 5 jours suivant l'intervention d'une affection intercurrente.
A plus de 3 mois de l'intervention, trois malades seulement soit dans 16,6 % des cas présentaient des troubles digestifs mineurs attribués à la gastrectomie.

- CONSTATATIONS ANATOMOPATHOLOGIQUES

- L'examen des pièces opératoires a montré l'existence de 4 gastrites ; 5 ulcères perforés bouchés et chez un malade l'existence d'un volumineux pancréas accéssoire situé dans la musculeuse pylorique.
- Enfin chez un malade à 1 cm de l'ulcère chronique type Cruveilhier, sur la petite courbure, l'histologie a permis de mettre en évidence un microcarcinome glandulaire, uniquement développé au niveau de la muqueuse et de la sous muqueuse. Dans ce cas particulier l'indication opératoire avait été : ulcère résistant au traitement médical et suspect de malignité à la fibroscopie, les biopsies au nombre de 14 n'ayant pas confirmé la malignité. Enfin l'exploration per-opératoire de l'abdomen était normale chez ce malade et aucune métastase décélable n'existait. A noter que : d'après l'examen histologique aucune corrélation n'a été mise en évidence entre la présence de ce microcarcinome et l'ulcère chronique situé à 1,5 cm de celui-ci, dont la bénignité était confirmée par l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

.../...

COMMENTAIRES

I - COMMENTAIRES SUR LES DONNEES GENERALES DE L'ETUDE

II COMMENTAIRES SUR LA CLINIQUE

III COMMENTAIRES SUR LES MOYENS D'INVESTIGATIONS

IV COMMENTAIRES SUR L'EVOLUTION ET LES RECIDIVES

V COMMENTAIRES SUR LES COMPLICATIONS

VI COMMENTAIRES SUR LE TRAITEMENT

.../...

I - COMMENTAIRES SUR LES DONNEES GENERALES DE L'ETUDE

1) Critique de la population étudiée et des méthodes d'étude

2) Répartition des malades en fonction de l'âge

3) Facteurs liés au terrain
   1) Alcoolisme
   2) Tabac

4) Facteurs nutritionnels et sociolologiques

5) Délai entre le début des troubles et le diagnostic

.../...

CRITIQUE DE LA POPULATION ETUDIEE ET DES METHODES D'ETUDE

1) La population

La population étudiée ne comporte aucune particularité en ce qui concerne la répartition selon le sexe : 15 femmes pour 56 hommes, soit un rapport de 1/3,7 comparable à ce qui est publié (46). Par contre la distribution chez les hommes en fonction de l'éthnie montre que 26 malades sur 56 étaient des travailleurs immigrés pour la majorité nord-africains. Ces travailleurs immigrés se regroupent dans des secteurs géographiques préférentiels généralement pour des raisons d'ordre économique,
L'hopital où cette étude a été faite se situe dans un de ces secteurs, ce qui explique la forte proportion de malades de nationalité étrangère, hospitalisés à la fois pour des raisons de surveillance clinique et évolutive de leur maladie et pour des raisons d'ordre économique. En effet, 49 malades ont été hospitalisés lors de la première poussée de l'ulcère gastrique.
Parmi eux; sur 26 travailleurs immigrés 19 ont été hospitalisés à la première poussée.

2) Les méthodes d'étude

Cette étude rétrospective faite à partir des dossiers de 71 malades suivis entre 1970 et 1975 dans un même service de gastro entérologie ne peut tenir compte que des facteurs régulièrement précisés. Seule une étude prospective aurait permis de prendre en compte la position sociale, les conditions de vie et d'autres facteurs souvent non précisés.

.../...

De même si depuis 1972 tous les malades ayant un ulcère gastrique subissent au moins une fibroscopie et des prélèvements biopsiques de manière systématique et à, plusieurs reprises, il apparait que dans les années précédentes, cette règle n'était pas encore absolument observée.
Enfin la technique de dépouillement des informations sur fiches mécanographiques doit être suffisamment élaborée d'emblée pour permettre d'aboutir à des résultats suffisamment complets. Le risque en effet est d'élaborer une grille où manquent des informations qui risquent d'apparaître secondairement indispensables.
Ce système de dépouillement est bien adapté pour une étude statique d'une affection donnée, mais manque de souplesse pour une étude évolutive où les informations peuvent être variables d'un sujet à l'autre ou très variables d'un moment à l'autre chez le même sujet.

.../...

REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE L'AGE

Les résultats constatés dans notre série montrent que sur 71 malades : 37 malades soit 52,1 % avaient entre 40 et 59 ans et 22 malades soit 31 % plus de 60 ans à la date de découverte de leur ulcère gastrique.
- Il est difficile de comparer les âges de populations différentes de malades atteints d'un ulcère gastrique ; car les populations à partir desquelles ces malades ont été étudiés ne sont pas forcément comparables. C'est ainsi que dans l'étude faite aux Etats Unis dans un groupe d'hôpitaux de la Vétérans Administration (52)sur 638 malades, 51 % soit 325 malades avaient entre 41 et 60 ans et 32,5 % soit 208 malades plus de 60 ans. La distribution des âges des malades ulcèreux de la Vétérans Administration est supersposable à celle de l'ensemble des malades admis dans ces hôpitaux. Les deux pics correspondant aux 2 guerres mondiales qui ont chacune été suivies d'un afflux de malades.
Dans une autre étude faite aux Etats Unis par GROSSMAN M.I. (23). Celui-ci a constaté que l'ulcère gastrique s'observait avec une fréquence maxima dans la tranche d'âge de 65 à 75 ans.

.../...

FACTEURS LIES AU TERRAIN

1) ALCOOLISME

Un alcoolisme chronique défini par la prise d'au moins 1 litre de vin par jour pendant plus d'un an a été trouvé chez 21 malades sur les 71 étudiés soit dans 29 % des cas. Si on ne considère que les hommes de ce groupe soit 19 personnes sur 56 hommes, une intoxication éthylique a été retrouvée dans 34 % des cas. Sur ces 19 malades 3 avaient une cirrhose éthylique. En comparaison dans une étude faite dans le même service (24) portant sur 75 malades de sexe masculin, ayant un ulcère duodénal, 21 malades ont été considérés comme alcooliques chroniques sur les mêmes critères soit dans 28 % des cas.

2) TABAC

L'incidence de l'intoxication tabagique dans notre étude est importante puisqu'elle est présente dans 35,2 % des cas. Le fait de fumer ne semble pas constituer un facteur étiologique de la maladie mais pourrait favoriser le passage à la chronicité de l'ulcère (46). Dans une étude faite par DOLL et Collaborateurs (16) les malades ont été divisés en deux groupes, l'un cessant de fumer, l'autre continuant de fumer. Au terme du traitement de 4 semaines, identique dans les deux groupes, 78,1 % des ulcères étaient cicatrisés dans le premier groupe de non fumeurs et 56,6 % dans le second. Pour GROSSMAN (23) la fréquence de l'ulcère ne semble pas dépendre du degré d'intoxication tabagique, toutefois il est admis que la fréquence de la maladie ulcéreuse et les complications sont plus élevées chez les fumeurs que chez les non fumeurs (7).

.../...

En fait la relation tabac - ulcère n'est pas clairement établie.

On peut se demander si plutôt qu'une relation de causalité, maladie ulcéreuse et tabagisme ne peuvent survenir sur un même terrain.

.../...

FACTEURS NUTRITIONNELS ET SOCIOLOGIQUES

DOLL et COLL (15) dans une étude portant sur 6000 malades ayant un ulcère gastro-duodénal, ont montré que l'ulcère gastrique était le plus dépendant des facteurs nutritionnels et sociologiques, survenant le plus souvent chez des travailleurs non spécialisés, de condition modeste chez lesquels on pouvait suspecter un certain degré de malnutrition.
Dans notre étude, sur 56 hommes, on trouve 26 travailleurs immigrés, qui le plus souvent sont des travailleurs non spécialisés de condition modeste, transplantés de surcroit, chez qui les habitudes alimentaires se trouvent modifiées. Compte tenu du caractère rétrospectif de l'étude nous ne pouvons apporter aucune autre information valable dans ce domaine.

FACTEURS PSYCHOSOMATIQUES

Les facteurs psychosomatiques n'ont pas été étudiés dans cette série de malades. L'absence d'infrastructure du service sur le plan psychologique explique ce fait.
De plus, plus du tiers des malades sont des travailleurs étrangers immigrés chez qui l'abord psychosomatique est difficile voire impossible. Ce manque d'information est regrettable dans la mesure où des facteurs psychosomatiques ont été mis en cause dans certaines poussées évolutives de la maladie ulcèreuse et où la structure psychologique des sujets ulcèreux est susceptible de modifier la " réceptivité " thérapeutique (14).

DELAI ENTRE LE DEBUT DES TROUBLES ET LE DIAGNOSTIC

Le délai entre le début des troubles et le diagnostic est parfois important puisque chez 42,2 % des malades de notre série, ce délai dépassait 3 mois. Un malade sur cinq environ avait attendu un an au moins avant de consulter. Dans notre série le délai imputable au médecin est probablement faible puisque limité à celui nécessaire au bilan diagnostique chez des malades hospitalisés. Si l'intérêt d'un tel délai semble secondaire en ce qui concerne l'ulcère gastrique bénin, il pourrait être par contre important sur le plan pronostique dans les ulcérations malignes. Car si la pratique étendue de l'endoscopie permet d'aboutir plus rapidement à un diagnostic de malignité, le retard imputable au malade avant la première consultation n'a probablement pas notablement varié depuis l'étude de GRAY et WARD (22) en 1952 qui l'avaient évalué à 7,8 mois pour le cancer gastrique.

.../...

II. - COMMENTAIRE SUR LA CLINIQUE

1) ETAT GENERAL

2) SYMPTOMATOLOGIE

.../...

ETAT GENERAL

L'étude de l'état général a été limitée à l'existence ou l'absence d'une perte de poids. Il est difficile d'obtenir cette précision pour tous les malades dans une étude rétrospective d'après dossiers. D'autre part, un malade ayant constaté une perte de poids contemporaine du début des troubles le plus souvent s'en inquiète et le dit spontanément. Ceci explique que l'état général n'ait été précisé que chez 51 malades sur 71.

Sur ces 51 malades un amaigrissement a été constaté et chiffré par le malade dans 27 cas. Dans une étude faite par EDWARDS et COGHILL (19) sur des malades ayant une gastrite atrophique, un ulcère gastrique, un ulcère duodénal,ces auteurs ont noté que l'alimentation aggravait ou accélérait la survenue de la douleur dans 25 % des cas. Ils remarquent que la perte de poids généralement modeste n'est pas rare, probablement secondaire à une limitation de l'appétit du fait des douleurs.

Dans l'ulcère gastrique non compliqué, l'état général est conservé et il n'existe habituellement pas d'amaigrissement (7). Il est probable que chez ces 27 malades le syndrome ulcèreux n'ait pas été le seul facteur responsable de cette perte de poids. En effet, 9 malades étaient des éthyliques chroniques, 7 autres malades avaient une gastrite, et 10 des 27 malades avaient eu des vomissements. Par conséquent, 16 malades au moins sur 27 avaient une pathologie associée à l'ulcère, pouvant soit expliquer à elle seule l'amaigrissement soit majorer ou modifier les signes propres à l'ulcère.

.../...

SIGNES CLINIQUES

- Aucune particularité n'a été notée en ce qui concerne les signes cliniques.
- L'ulcère gastrique en poussée se traduit le plus souvent par des épigastralgies sans irradiation (7). Pour HARDOUIN et BLANC (30) le syndrome douloureux est présent dans 90 % des cas, nous l'avons retrouvé chez 91,5 % de nos malades, dans 8,5 % des cas l'ulcère a été révélé soit au cours d'un bilan demandé uniquement sur des données anamnestiques soit pour une complication survenue en l'absence de syndrome douloureux.

Dans 43,7 % des cas il existait un syndrome douloureux typique certain.

Dans tous les cas où les épigastralgies ne correspondaient pas strictement elles ont été considérées comme atypiques
- l'irradiation dorsale de la douleur a été retrouvée chez 14 malades , la plupart avaient un ulcère siègeant sur la face postèrieure de l'estomac. Pour tous les autres il n'existait pas de correspondance entre le siège de l'ulcère et le type de douleur.

Après le syndrome douloureux, le signe le plus fréquemment retrouvé a été la périodicité du syndrome douloureux dans l'année. Il est connu que les poussées douloureuses surviennent avec une fréquence variable, plus souvent au printemps ou à l'automne. Le plus souvent il n'existe pas de facteur déclenchant. Enfin, chez un même malade d'une poussée à l'autre les signes cliniques sont habituellement identiques (7).

La súrvenue de nausées et de vomissements ne constitue pas un signe habituel de l'ulcère gastrique non compliqué (7).

.../...

Cependant, EDWARDS et COGHILL (19) dans une étude portant sur des malades atteints de gastrite atrophique, ulcère gastrique, ulcère duodénal ont trouvé des nausées dans 53,6 % des cas, des vomissements dans 38,1 % des cas, et dans 6 % des cas les vomissements calmaient la douleur.
Dans notre série, la survenue de nausées et de vomissements a été signalée dans 32,4 % des cas. Ils survenaient dans la plupart des cas de manière irrégulière et peu évocatrice.
De fait seuls 8 malades avaient une sténose antro-pylorique modérée avec liquide de stase à jeun et géne à l'évacuation gastrique. Chez 4 d'entre eux ces signes persistaient après traitement médical.
Les troubles du transit étaient présents chez 10 malades.
4 fois il s'agissait de diarrhée, 6 fois de constipation.
Constipation et diarrhée ont déjà été signalées durant la poussée ulcéreuse, la constipation étant plus fréquemment retrouvée (7) (30).

CIRCONSTANCES PARTICULIERES

Chez 2 malades ayant une cirrhose, l'ulcère gastrique a été dévouvert au cours du bilan, en dehors de tout signe clinique, ce fait a déjà été signalé chez les malades porteurs d'une cirrhose (7) (31).

.../...

COMMENTAIRES SUR LES

III.- MOYENS D'INVESTIGATIONS

1) FIBROSCOPIE

2) RADIOGRAPHIE

3) COMPARAISON RADIO - ENDOSCOPIE

4) APPORT DES DONNEES ENDOSCOPIQUES

.../...

LA RADIOGRAPHIE STANDARD

- L'intérêt de la radiographie standard par rapport à l'endoscopie réside principalement dans la commodité de son emploi, dans la possibilité de répéter les examens chez un même malade en raison du plus grand confort de celle-ci par rapport à l'endoscopie. Cependant systématiquement une fibroscopie doit être faite au moins lors du bilan initial, car elle seule permet grâce aux biopsies dirigées multiples, d'affirmer la malignité d'une lésion ulcèreuse (7) (9). Les ulcères gastriques radiologiquement visibles peuvent être précisément localisés et leur taille appréciée sur les radiographies. Dans notre étude, sur 62 ulcères mis en évidence par la radiographie dans 87,1 % des cas l'ulcère siégeait sur la petite courbure, dans 1,6 % des cas sur la grande courbure, dans 11,3 % des cas sur la face postèrieure.
Dans une étude portant sur plus de 600 cas (52)où le diagnostic a été porté à la radiographie on trouve une localisation par rapport aux faces et aux courbures très comparable : 88,3 % des ulcères siègeaient sur la petite courbure, 5,8 % sur la face postèrieure, 1,3 % sur la face antèrieure et 4,6 % sur la grande courbure, la répartition des ulcères suivant les segments de l'estomac montrait que 42,9 % des ulcères siègeaient au niveau de l'antre, 56 % au niveau du corps et 1,1 % au niveau de la grosse tubérosité. Pour HARDOUIN et BLANC(30) l'ulcère siège dans 60 à 80 % des cas sur la petite courbure et dans 10 à 15 % des cas sur les faces.
Dans l'étude faite dans un groupe d'hopitaux de la Vétérans Administration (52) la taille des ulcères a

.../...

été classée en 3 catégories, les critères ont été déterminés d'après la taille de la niche en faisant le produit de sa largeur par sa profondeur, 55 % des ulcères avaient moins de 101 mm2, 32,1 % de 101 à 300 mm2, 12,9 % plus de 300 mm2.
C'est à dire que 87,1 % des ulcères avaient en moyenne une taille infèrieure à 300 mm2. Dans notre série 74,2 % des ulcères avaient une taille infèrieure ou égale à 1,5 cm de largeur et de profondeur.
Enfin dans la surveillance des ulcères bénins radiologiquement visibles lors du bilan initial, la radiographie permet de suivre de manière simple la régression de l'ulcère sous traitement (52). Mais elle doit être complétée par une endoscopie quelque soit l'aspect radiologique après traitement médical.

LA FIBROSCOPIE

La fibroscopie permet les biopsies dirigées et apporte au diagnostic des ulcèrations gastriques une aide des plus pécieuses.
La tendance actuelle est de faire une endoscopie gastrique chez tous les sujets ayant une niche radiologique sur l'estomac, même si celle-ci à tous les caractères de bénignité (7). Elle permet de confirmer le diagnostic, parfois de découvrir une ulcération méconnue à la radiographie (dans 5 % des cas pour LAMBERT et MOULINIER (35) elle permet surtout de faire des biopsies dirigées, multiples, régulièrement réparties sur les bords de l'ulcèration au nombre de 8 à 15 en moyenne suivant les auteurs (7) (9) (18) (35) permettant d'affirmer la malignité d'une lésion.
Enfin elle permet de découvrir des lésions gastriques ou duodénales fréquemment associées à l'ulcère (34) (52) et parfois de redresser un faux diagnostic radiologique d'ulcère (45).
Dans notre étude, le taux de dépistage a été de 100 % à la fibroscopie et tous étaient des ulcères bénins.
La localisation endoscopique des ulcères sur l'estomac n'a pas été sensiblement différente de celle trouvée à l'examen radiologique. La seule différence notable concerne le diagnostic des ulcères de la face postèrieure : 5 sur 11 ont été découverts uniquement à la fibroscopie.
Enfin une gastrite endoscopique était associée dans 25,4 % des cas à l'ulcère gastrique.

.../...

Au total :

La fibroscopie a transformé la conduite à tenir devant une ulcèration gastrique. Il était habituel en l'absence de signes radiologiques de malignité d'instituer un traitement médical d'épreuve, les clichés radiologiques étant refaits un mois après le début du traitement. Si la lésion avait regressé elle avait des chances d'être bénigne. la persistance d'une image pathologique était considérée comme un élément de forte suspicion de malignité ce qui justifiait l'intervention chirurgicale (26). Mais ce test radioclinique n'était pas formel. Certaines ulcérations malignes peuvent regresser en partie radiologiquement sous traitement anti-ulcèreux et certains ulcères ne se modifient pas après traitement d'épreuve. Actuellement la fibroscopie et les biopsies multiples dirigées sous controle de la vue suppriment dans la majorité des cas les aléas et la temporisation qu'entrainait le traitement d'epreuve classique. Elles affirment la nature d'une ulcèration et précisent d'éventuelles lésions associées. La fibroscopie ne peut pas prévoir le devenir de la lésion mais peut déceler précocement une dégénérescence si la technique d'examen est rigoureuse(9). Elle permet de définir une conduite pratique suivant que la lésion apparait bénigne ou suspecte.

- Elle constitue enfin le moyen essentiel de la surveillance d'un ulcère gastrique en permettant le controle direct de la cicatrisation et l'absence ou la présence de signes de malignité apparus secondairement au cours de la maladie ulcéreuse.

- Enfin la fibroscopie permet en urgence un diagnostic étiologique rapide devant une hémorragie digestive par conséquent un traitement étiologique adapté. Donc toute douleur épigastrique évoquant la possibilité d'un ulcère doit faire demander une fibroscopie.

COMPARAISON RADIOGRAPHIE - ENDOSCOPIE

Sur les 60 malades qui ont eu une endoscopie et une radiographie lors du bilan initial, l'ulcère a été constamment vu en endoscopie et les biopsies négatives puisque ces deux éléments constituaient des critères de selection des malades.
L'étude radiographique a été faite avec une technique standard, les techniques en couche mince avec insufflation n'ont jamais été pratiquées. Dans 90 % des cas (54 sur 60) une image de niche a pu être constatée, dans 5 % des cas les radiographies ont été considérées comme normales, et dans 5 % des cas il existait des anomalies sans ulcère gastrique visible.
Dans une étude comparable LAMBERT et MOULINIER (35) ont constaté que sur 383 cas ou l'ulcère était vu en endoscopie, l'examen radiographique standard avait permis le diagnostic, Dans 314 cas (82 %); une anomalie localisée était seule présente dans 49 cas (13 %) , et les radiographies étaient normales dans 5 % des cas. Dans une autre étude PETIT et GUERRE (45) ont noté plus de 20 % d'ulcères non vus en radiographie (23 sur 108) : cependant 9 malades dont l'ulcère n'a pas été vu avaient eu des radiographies en urgence. Dans cette même étude on constate que les ulcères des courbures non vus radiologiquement sont relativement rares 9 sur 67 et 1 sur 50 dans notre série. Par contre, les ulcères des faces sont plus souvent non vus à la radiographie 10 sur 31 (45), 5 sur 11 dans notre étude.

.../...

Les malades de notre série ont été selectionnés sur l'existence d'un ulcère gastrique histologiquement bénin. Par conséquent, une étude du pouvoir discriminatif de la radiologie et de l'endoscopie ne peut être valablement faite. Cependant LAMBERT et MOULINIER (35) ont montré que sur 404 sujets ayant une ulcèration maligne ou bénigne :

1) la localisation sur l'estomac n'est pas différente dans les 2 groupes
2) Le pouvoir discriminatif de l'endoscopie associé à l'examen histologique était de l'ordre de 98 %, celui de la radiographie standard restant faible de l'ordre de 68 %
3) Deux conditions doivent être réunies : un nombre de biopsies au moins égal à 8 et un opérateur expérimenté.

- Malgré tout, pour environ 2 % des malades le diagnostic reste incertain lors du bilan initial et un nouveau controle endoscopique et histologique doit être fait. Seule l'histologie peut apporter la preuve de la malignité car l'aspect macroscopique de l'ulcère malin est celui d'un ulcère bénin dans 14 % des cas et l'aspect macroscopique de l'ulcère bénin n'est caractéristique que dans 89,4 % des cas (35). Par ailleurs, il semble qu'un délai de quelques semaines ne modifie pas les conditions d'opérabilité d'un éventuel cancer méconnu (4) (9) (25) (35) lors du bilan initial. A terme le controle et la surveillance d'un malade ayant fait un ulcère gastrique doivent être réguliers au moins dans la première année qui suit la poussée initiale. Cette surveillance doit être clinique, radiologique et surtout endoscopique, car cette technique est seule capable grace aux biopsies dirigées d'affirmer la malignité (7).

APPORT DES DONNEES ENDOSCOPIQUES ET HISTOLOGIQUES DANS LE CHOIX THERAPEUTIQUE ET LA SURVEILLANCE DE L'ULCERE GASTRIQUE SOUS TRAITEMENT MEDICAL.

I - Au terme du bilan initial de la poussée ulcéreuse plusieurs situations peuvent se présenter en fonction des données cliniques, macroscopiques et histologiques.

1) Si les caractères radiologiques et endoscopiques sont en faveur de la bénignité et si à l'évidence il n'existe aucun signe histologique de malignité, le malade doit être soumis à un traitement médical avec un nouveau controle radiologique, endoscopique et histologique après 4 semaines de traitement (7).

2) S'il existe des signes mineurs et divergents entre la radiologie et l'endoscopie en faveur de la malignité non confirmée par un nombre suffisant de biopsies dirigées, le malade doit être mis sous traitement médical avec un controle radiologique et endoscopique à 4 semaines de traitement (3).

3) S'il existe un aspect macroscopique fortement suspect de malignité sur les radiographies et en endoscopie. Il faut refaire, sans attendre le résultat du traitement médical, une nouvelle endoscopie avec au moins une dizaine de biopsies dirigées. Ce n'est que, si elles ne montrent aucun signe de malignité que le malade peut être soumis à un traitement médical de quatre semaines avec un controle radiologique endoscopique et histologique après ce délai. Dans ces conditions, le diagnostic entre cancer ulcériforme et ulcère bénin est fait avec une plus grande sécurité et dans des délais raccourcis (3). Cette règle n'a pas été appliquée chez deux malades de cette série qui ont été opérés sur une suspicion de malignité alors que les biopsies étaient

.../...

négatives.

Dans ces deux cas, le nombre de biopsies était supèrieur à 10.

Il s'agissait dans ces 2 cas d'ulcères gastriques bénins, confirmés par l'examen histologique de la pièce opératoire. Il semble qu'une confiance suffisante doit être donnée aux résultats des prélèvements biopsiques à la condition expresse qu'ils soient en nombre suffisant (éventuellement répétés à court terme) et que la technique de prélèvement ait été correcte (35).

II. Au terme de 4 semaines de traitement il existe plusieurs possibilités (après controle radiologique, fibroscopique et histologique)

1) L'ulcère est cicatrisé.

Il doit être alors surveillé comme tout ulcère gastrique bénin.

2) L'ulcère est en voie de cicatrisation.

Le traitement médical doit être poursuivi avec un nouveau controle radiologique, endoscopique et histologique.

3) L'ulcère persiste inchangé mais les biopsies ne montrent aucun signe de malignité, le malade peut être opéré car il s'agit très certainement d'un ulcère résistant au traitement médical.

4) L'ulcère persiste et les biopsies affirment la malignité, le malade doit évidemment être opéré.

.../...

ASSOCIATION ULCERE DUODENAL / ULCERE GASTRIQUE

Dans une étude portant sur 638 malades (52) une déformation du bulbe était présente dans 41,6 % des cas, dans 27 % des cas il existait un ulcère bulbaire. D'après LAMBLING (36), l'association à un ulcère duodénal, est constatée dans 25 à 50 % des cas d'ulcère gastrique, le plus souvent l'ulcère duodénal précède l'apparition de l'ulcère gastrique. Dans notre série on trouve une association ulcère duodénal, ulcère gastrique formellement prouvée chez 11 malades, chez 10 d'entre eux l'ulcère duodénal était chronologiquement antèrieur à l'ulcère gastrique. En fait il est probable que cette association était plus fréquente car dans 32,4 % des cas il existait une déformation du bulbe de découverte fortuite en l'absence d'antécédents ulcèreux connus.

.../...

IV. - COMMENTAIRES SUR L'EVOLUTION ET LES RECIDIVES

EVOLUTION ET RECIDIVES

La maladie ulcèreuse est une affection évoluant par poussées, à tendance récidivante, d'où la difficulté d'affirmer la guérison, comme l'ont montré des études prolongées sur plus de dix ans, l'ulcère gastrique toujours susceptible de récidiver (29).:

- Dans notre étude 56 malades ont été suivis au moins 12 mois ; ont été étudiés la fréquence des récidives ; le délai de survenue de la première récidive, le nombre des récidives et la fréquence du traitement chirurgical lors des récidives.

1) Fréquence des récidives

Sur 56 malades 27 n'ont pas récidivé pendant le délai de surveillance soit 48,3 % des cas, et 51,7 % des malades ont fait une ou plusieurs récidives. La fréquence des récidives est différemment appréciée suivant les séries. NATVIG et Collaborateurs (43)dans une étude portant sur 152 malades suivis 3 ans après le diagnostic ont trouvé 44 % de malades n'ayant pas récidivé et 56 % ayant fait une rechute ; SMITH et JORDAN (49) ont trouvé 20,1 % de récidives chez 104 malades suivis moins de 2 ans, 31,4 % de récidives chez 76 malades suivis entre 2 et 5 ans, et 46,8 % de récidives chez 111 malades suivis 5 ans et plus.

Dans l'étude faite par un groupe d'hopitaux de la Vétérans Administration (28) portant sur 377 patients suivis 2 ans, 41,9 % ont eu une ou plusieurs récidives, la majorité d'entre eux dans les 6 premiers mois après la poussée initiale.

- Dans notre série sur 56 malades suivis, 21,4 % ont fait une récidive dans les deux premières années, sur 42 malades suivis entre 2 et 5 ans 40,5 % ont fait une récidive au moins dans cet intervalle de temps, et sur 21 malades suivis plus de 5 ans 66,7 % ont récidivé. Ces résultats sont comparables à ceux publiés par SMITH et JORDAN (49). Parmi les 56 malades suivis, 39,2 % ont fait une à deux récidives seulement, et 12,5 % plus de deux récidives. Une intervention chirurgicale a été faite chez 10 d'entre eux du fait d'une récidive de leur ulcère.

- Dans le groupe des 21 malades suivis 5 ans et plus, 14 ont récidivé et 8 ont été opérés (soit 38 % des cas). Dans tous les cas ces ulcères récidivants ont été considérés comme résistants au traitement médical après une tentative thérapeutique infructueuse et les malades opérés.

Il semble donc que la fréquence de récidive de l'ulcère gastrique augmente avec le temps et que toute fréquence de récidive doit être rapportée au délai de surveillance. Globalement ont peut dire qu'après une poussée évolutive une récidive dans les 5 années suivantes se voit dans un cas sur deux.

V. - COMMENTAIRES SUR LES COMPLICATIONS

1) HEMORRAGIES

2) PERFORATIONS

3) STENOSES

4) ULCERES PERFORES BOUCHES

5) ULCERE REBELLE

.../...

COMPLICATIONS

1) HEMORRAGIES

L'ulcère gastrique est responsable de 15 à 20 % des hémorragies digestives et de 35 à 50 % des hémorragies ulcéreuses(20). Suivant les auteurs 14 à 38 % des ulcères saignent (20) (6).

Dans notre série un saignement digestif est survenu dans 29,6 % des cas. Il semble que le risque hémorragique soit plus élevé dans l'ulcère gastrique que dans l'ulcère duodénal bien qu'en valeur absolue l'ulcère duodénal soit plus fréquemment retrouvé (7) (6) (20). Pour la plupart des auteurs 15 à 25 % des hémorragies inaugurent la maladie (6) (46). Une hémorragie digestive a révélé la maladie chez 16 des 71 malades de notre série. Le plus souvent il s'agissait d'une hématémèse initiale, un seul malade a fait un melena isolé.

Dans les ulcères hémorragiques, la fibroscopie d'urgence associée à la radiographie ont beaucoup amélioré les conditions diagnostiques (11). La fibroscopie précoce, avant la 12 ème heure permet dans 80 % des cas (20) de préciser la responsabilité de l'ulcère et d'éventuelles lésions associées dans le saignement. La fréquence de ces lésions associées est diversement appréciée, SUGAWA et Collaborateurs (50) ont trouvé 14 fois une gastrite hémorragique associée sur 32 ulcères gastriques, LAMBLING et Collaborateurs (37) dans une statistique portant sur les hémorragies des ulcères gastro - duodénaux ont trouvé sur 50 % des pièces de gastrectomies faites en urgence des lésions de gastrite hémorragique parfois seules

.../...

responsables du saignement (25 % des cas).
Dans notre série des lésions associées de gastrite hémorragique ont été constatées dans 6 cas, la participation de l'ulcère au saignement était constante.
Une récidive hémorragique survient dans environ 25 % des cas (38), elle a été présente dans 18,2 % des cas de notre série.
Il est généralement admis que certains facteurs favorisent la survenue d'un saignement au cours de la poussée ulcèreuse :
1) les facteurs médicamenteux.
Ces médicaments sont représentés principalement par: l'aspirine, les antiimflammatoires, les corticoïdes, la reserpine, les anticoagulants (20).
Dans une étude portant sur 80 hémorragies digestives d'origine médicamenteuse (8) l'aspirine a été retrouvée dans 72 cas sur 80, seule ou en association avec d'autres antiimflammatoires. CROFT et WOOD (12) ont d'ailleurs montré à l'aide de chrome radioactif en étudiant le débit journalier de sang dans les selles que sur 226 " consommateurs" réguliers d'aspirine dans 78 cas la perte sanguine était supèrieure à 2 ml par jour. Dans notre série 7 malades prenaient quotidiennement de l'aspirine, 5 ont fait une hémorragie digestive, 4 de ces 5 malades étaient âgés de plus de 70 ans. Tous prenaient ce traitement sans controle médical jusqu'à la survenue de l'hémorragie. Pour LEVRAT (40), en FRANCE, 30 à 40 % des hémorragies digestives au moins sont déclenchées par la prise d'aspirine.

.../...

2) L'alcoolisme

8 malades sur les 21 ayant saigné étaient des alcooliques chroniques. Deux d'entre eux avaient une cirrhose éthylique. Ces 8 malades représentent environ le tiers des alcooliques chroniques de notre série. Pour GASTARD et GOSSELIN (20) l'alcoolisme retrouvé chez 21 à 33 % des ulcéreux masculins double le risque hémorragique. Dans notre série la fréquence de survenue d'une hémorragie digestive est identique qu'il y ait ou non une intoxication éthylique, par contre, un saignement digestif est plus souvent retrouvé lorsque l'ulcère est associé à une cirrhose, deux cas sur quatre, dans 50 à 63 % des cas pour GASTARD et GOSSELIN (20), 50 % des cas pour JOLY (31)

3) Lâge et le sexe

Un saignement digestif semble plus fréquent chez la femme que chez l'homme. La femme saigne plus volontiers que l'homme de son ulcère gastrique, 46,7 % des femmes et 21,4 % des hommes de notre série. Si l'on considère l'âge on constate que 24,5 % des malades ayant moins de 60 ans ont fait une hémorragie digestive contre 41 % des malades de plus de 60 ans. Parmi ces derniers, certains cumulaient les facteurs de risques (aspirine, éthylisme). Cette augmentation de la fréquence de survenue d'un saignement avec l'âge a déjà été signalée dans l'ulcère gastrique (20).

.../...

PERFORATIONS AIGUES

Cette complications aigüe est le résultat de la mise en communication de la lumière digestive et d'une cavité naturelle intra abdominale dans laquelle passe le contenu gastrique, le plus souvent il s'agit de la grande cavité péritonéale. La péritonite généralisée qui en résulte est d'abord chimique puis bactérienne (7). Elle survient dans 4 à 5 % des ulcères gastriques (20).
Dans la maladie ulcèreuse gastro-duodénale 27 % des perforations seraient dûes à un ulcère gastrique et 73 % à un ulcère duodénal d'après PALMER (44). Dans cette étude une hémorragie est associée à l'ulcère dans 7 % des cas. Chez les malades ayant fait une perforation aigüe un saignement de l'ulcère est fréquemment retrouvé dans les antécédents (20). Par ailleurs 25 % des perforations (44) inaugurent la maladie et 73,2 % des perforations (20) surviennent dans les 5 premières années. Il existe enfin une nette prédominance masculine 91 % d'hommes contre seulement 9 % de femmes (44).
Enfin, bien que pouvant survenir à tout âge, la moyenne d'âge de survenue est de 61,5 ans dans l'ulcère gastrique (47).
Dans notre groupe de malades nous n'avons pas constaté de perforation. Le mode de recrutement exclusivement médical du service explique en partie ce fait, car la réanimation des urgences chirurgicales est assurée au sein de l'hopital par le service de chirùrgie digestive où la tendance est d'opérer toute perforation aigüe. En effet, il s'agit d'un accident grave. Les taux de mortalité sont elevés de l'ordre de 4 à 38 % en moyenne (44). Parmi les facteurs qui expliquent ces variations considérables le délai séparant la perforation de l'heure de mise en oeuvre du traitement en milieu chirurgical semble être le plus important. La mortalité s'acroissant rapidement au delà de la 6ème heure (20). Enfin le faible pourcentage de survenue de cette complication fait que l'absence de perforation aigüe sur 71 malades n'est pas significative.

.../...

ULCERE PERFORE - BOUCHE

Il s'agit presque toujours d'un ulcère chronique qui s'est constitué après avoir le plus souvent progressivement perforé la paroi gastrique et pénétré un organe plein de voisinage foie ou pancréas. Sur le plan clinique les douleurs sont souvent intenses avec irradiation dorsale de la douleur lorsqu'il est perforé bouché dans le pancréas.
Dans notre étude un ulcère perforé bouché a été noté dans 15,4 % des cas. La résistance au traitement médical de ces ulcères a été fréquente puisque 1 malade a fait une complication et a été opéré d'emblée et 9 ulcères sur 10 n'étaient pas cicatrisés après 4 semaines de traitement.
Au total, sur 11 malades ayant un ulcère perforé bouché, 5 ont été opérés soit dans 45,5 % des cas, dans quatre cas du fait d'une résistance au traitement médical et dans un cas pour une hémorragie digestive. Ce malade a été opéré d'emblée en raison de cette complication aigüe.
Cette fréquence des interventions chirurgicales chez les sujets ayant un ulcère gastrique perforé bouché est significativement plus élevée que celle trouvée dans le groupe de malades ayant un ulcère non perforé bouché. Dans une étude portant sur 522 malades (27) sur 118 malades opérés pour un ulcère gastrique, des adhérences ou une perforation limitée ont été constatées dans 40 cas soit dans environ 1/3 des cas. Dans une étude faite par HAUBRICH (27) portant sur162 ulcères duodénaux opérés pour résistance au traitement médical, une perforation limitée ou des adhérences étaient retrouvées dans 68 % des cas et sur 127 ulcères perforés bouchés l'intervention avaient été pratiquée dans 58 % des cas.

.../...

Dans notre série, la cicatrisation sous traitement médical a été obtenue chez 6 Malades, 4 fois entre la 12 ème et la 24 ème semaine, 2 fois entre la 8ème et la 12ème semaine. Un tel délai nous a semblé inhabituel dans les ulcères non perforés bouchés de notre série.
On constate dans près d'un cas sur deux, que la cicatrisation n'a pu être obtenue par le traitement médical.
Cependant, sauf complication aigüe, on doit toujours essayer de traiter le malade médicalement, une guérison complête pouvant être obtenue dans certains cas (7).

.../...

STENOSES

L'ulcère gastrique représente un faible pourcentage des sténoses pyloriques environ 7 % des cas, l'ulcère duodénal étant responsable dans 60 à 90 % des cas suivant les auteurs (7) (20). La sténose peut être définie comme la persistance de baryte dans l'estomac 4 heures après son ingestion (21), ou la présence d'au moins 300 ml de liquide dans l'estomac à jeun (1). Une sténose antropylorique est retrouvée dans environ 7 % des cas d'ulcères gastriques (20). Elle est révélatrice de la maladie ulcèreuse dans 13 à 20 % des cas (2) (20) (21) le plus souvent elle survient après plusieurs poussées évolutives. Dans notre série 8 malades avaient une gène à l'évacuation gastrique lors du bilan radiologique initial. Quatre malades avaient des antécédents ulcéreux gastriques avant cette découverte. Pour quatre malades la gène à l'évacuation était très modérée et n'a pas été retrouvée après cicatrisation de l'ulcère. Bien que la pathogénie ne soit pas univoque (7) chez ces 4 malades la sténose antro-pylorique était probablement dûe au spasme et à l'oedème, et a regressé avec la cicatrisation de l'ulcère sous traitement médical. Chez les 4 autres malades, les signes de sténose persistaient après traitement médical, une sténose organique en rapport avec une fibrose cicatricielle semble être l'explication la plus probable.

.../...

ULCERE REBELLE AU TRAITEMENT MEDICAL

Sur 71 malades, 14 ont été opérés du fait d'un ulcère chronique résistant au traitement médical.
Un ulcère ne peut être considéré comme résistant au traitement médical que si malgré le traitement bien conduit et correctement suivi pendant un intervalle de temps suffisant (4 semaines dans notre étude), l'ulcère persiste. Il faut donc s'assurer :

1) Que la symptomatologie clinique est bien liée à l'ulcère et non a une lésion associée

2) Que le cratère ulcèreux n'est pas guéri.

3) Que le traitement a été bien prescrit et correctement suivi.

Dans ces conditions, un certain nombre de facteurs doivent être étudiés :

1) Les facteurs nutritionnels. La malnutrition étant un facteur étiologique éventuel (ulcères de carence) Par ailleurs le régime chez les malades, dès la disparition des douleurs doit être large et équilibré (13).

2) Les facteurs vasculaires chez les sujets âgés

3) Facteurs liés au terrain

- Facteurs familiaux
- Facteurs psychosomatiques

4) La perforation bouchée

Un ulcère perforé bouché est souvent cause de résistance au traitement médical (7) (27).

Dans notre série parmi les 14 malades opérés du fait d'un ulcère résistant au traitement médical, 4 étaient porteurs d'un ulcère perforé bouché soit 28,5 % . Les 12 autres malades avaient un ulcère non perforé bouché.

5) Il importe dans l'appréciation du caractère rebelle de l'ulcère de tenir compte de sa taille avant le début du traitement. Les ulcères de grande taille nécessitant souvent un traitement médical plus prolongé pour cicatriser (7) (9).

6) Enfin devant un ulcère gastrique se pose le problème d'une confusion possible avec un lésion maligne, cancer ulcériforme ou dégénérescence, d'où l'intérêt de la surveillance endoscopique avec biopsies dirigées multiples dans tous les cas (3) (9).

.../...

COMMENTAIRES SUR LE TRAITEMENT

TRAITEMENT MEDICAL

TRAITEMENT CHIRURGICAL

.../...

TRAITEMENT MEDICAL DE L'ULCERE GASTRIQUE

Les buts du traitement médical sont multiples

1) Calmer la douleur le plus rapidement possible

2) Obtenir la cicatrisation de la niche ulcéreuse

3) Prévenir la récidive de l'ulcère

4) Eviter la survenue de complications aïgues ou chroniques par la suppression des médicaments " ulcérogènes " et par une surveillance clinique radiologique et endoscopique (5).

Le premier controle de la cicatrisation est fait après 4 semaines de traitement sur la radiographie et par la fibroscopie. La tendance actuelle est de pratiquer systématiquement un controle fibroscopique et histologique au moins lorsqu'il persiste une ulcération visible même si la niche a radiologiquement diminué de taille (7). L'idéal est de faire des biopsies même si l'ulcère est cicatrisé, Elle permet outre la cicatrisation de rechercher par les biopsies une lésion maligne qui aurait pu échappé lors du bilan initial correspondant souvent à des cancers superficiels, leur fréquence est probablement infèrieure à 0,5 % (35).

.../...

Dans notre étude sur 67 malades ayant été traités médicalement, une cicatrisation a été constatée dans 56,7 % des cas à la 4ème semaine de traitement, dans 65,6 % des cas à la 8ème semaine, dans 74,6 % des cas à la 12ème semaine. Ces résultats sont comparables à ceux publiés dans une étude faite par un groupe d'hopitaux de la Vétérans Administration (52). Sur 638 cas suivis par la radiographie, une cicatrisation a été obtenue dans 46 % des cas à la 3ème semaine de traitement, dans 70 % des cas à la 6ème semaine de traitement et dans 76 % des cas à la 12ème semaine. Le pourcentage de cicatrisation **est** au delà de la 12ème semaine de traitement faible, 12 % dans notre série. La cicatrisation est d'autant plus longue à obtenir que l'ulcère est initialement plus volumineux (7)

.../...

TRAITEMENT D'ENTRETIEN

La nécessité d'un traitement d'entretien poursuivi entre les poussées de la maladie ulcèreuse n'est pas formellement établie(7). Dans le service où cette étude a été effectuée,la durée de ce traitement a été de 6 mois à 1 an pour la majorité des malades. Le plus souvent ce traitement associait un pansement gastrique à un anticholinergique comme le Prantal[R] l'activité professionnelle étant par ailleurs normale et le régime large et équilibré, le malade devant être suivi tous les deux ou trois mois durant la première année (7).
Enfin ces malades doivent être informés des médicaments qui leurs sont contre indiqués notamment l'aspirine dont la consommation est souvent faite sans controle médical.
Dans cette série, la majorité des malades a eu un traitement d'entretien si bien qu'il est impossible de juger de son intérêt. Il serait nécessaire de faire une étude prospective avec deux groupes de malades l'un traité par des médicaments réputés efficaces sur la poussée ulcéreuse l'autre soumis à un placébo. De telles études ont été faites pour l'ulcère duodénal avec des résultats contradictoires (10) (33) (48) (50).
Il n'est actuellement pas clairement établi qu'un traitement médical d'entretien soit inutile pour éviter les récidives de la maladie. Dans ces conditions il semble préférable de prescrire un tel traitement en attendant que des études prospectives aient résolu ce point en ce qui concerne l'ulcère gastrique.

.../...

INDICATIONS OPERATOIRES ET FREQUENCE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DANS L'ULCERE GASTRIQUE BENIN

Le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique bénin est réservé aux ulcères qui ne cicatrisent pas sous traitement médical et aux complications qui ne cèdent pas rapidement au traitement médical. Un malade sur 4 a été opéré dans l'intervalle de cette étude. Les indications au traitement chirurgical sont représentées par :

I - Les ulcères récidivants dès l'arrêt du traitement

II- Les ulcères en poussée évolutive rebelle au traitement médical.

La résistance au traitement médical constitue une indication fréquente au traitement chirurgical, un ulcère perforé bouché étant souvent en cause. Dans notre série 28,5 % des malades ayant un ulcère résistant au traitement médical avaient un ulcère perforé bouché.
Dans tous les cas, l'inéfficacité du traitement médical bien prescrit et correctement suivi étant établi au terme de 4 semaines après un bilan radiologique, endoscopique et histologique, le malade doit être opéré.

III - LES ULCERES COMPLIQUES

1) Les hémorragies
- Le pronostic immédiat dépend de l'importance de l'hémorragie, de sa récidive, de l'existence d'une tare associée et de l'âge du sujet.

.../...

Le diagnostic pouvant être fait en quelques heures grâce à l'endoscopie dans 80 % des cas (20).
Si l'hémorragie récidive ou persiste malgrè le traitement médical de l'ulcère et une réanimation bien conduite mais inéfficace, l'intervention chirurgicale est impérative. Si l'hémorragie s'arrête aucun geste chirurgical ne s'impose dans l'immédiat. Enfin lorsqu'une seconde hémorragie survient dans les jours suivants, sous traitement médical, il faut envisager un traitement chirurgical (7).

Au total

15 à 25 % environ des hémorragies digestives survenues à l'occasion d'un ulcère gastro duodénal nécessitent un traitement chirurgical dans les 48 heures (6) et 85 % cèdent sous traitement médical (6).
Il faut savoir cependant que le risque opératoire est important en cas d'intervention d'urgence, en particulier chez les sujets âgés :
Chez le sujet de plus de 60 ans opéré en urgence pour un ulcère gastrique hémorragique, la mortalité dépasse 20 % (7).
Après une première hémorragie digestive controlée médicalement, il est habituel de soumettre le malade à un traitement anti ulcéreux, on sait cependant que le risque de récidive hémorragique est plus elevé chez les sujets ayant déjà saigné une fois que chez ceux qui n'ont pas saigné (35). Ce risque s'accroit lorsqu'il s'agit de la deuxième hémorragie, dans ce cas il semble raisonnable de faire opérer le malade.

.../...

2) LES PERFORATIONS AIGUES

Une perforation aigüe survient dans 4 à 5 % des ulcères gastriques (20). Le traitement peut être soit chirurgical d'emblée, soit limité à l'aspiration digestive (méthode de TAYLOR (7). Pour être envisageable, l'aspiration digestive doit être précoce et reposer sur diagnostic formel.
Elle n'est possible que chez un malade à jeun au moment de l'accident. Par ailleurs, elle nécessite une surveillance et une réanimation attentives car si les signes péritoneaux ne disparaissent pas en quelques heures, le malade doit être opéré.
La tendance actuelle est d'opérer dès le diagnostic posé (7). La mortalité opératoire étant fonction à la fois de l'âge du malade et des tares éventuelles mais aussi du délai de mise en oeuvre du traitement chirurgical (20) par rapport à la perforation.

3) STENOSE PYLORIQUE

- La fréquence des Sténoses pyloriques dans l'ulcère gastrique est environ de 7 % (20) . Son traitement est chirurgical lorsqu'elle est importante ; après rééquilibrations hydroélectrolytique. Lorsqu'une sténose modérée est associée à l'ulcère gastrique, la cicatrisation de l'ulcère gastrique peut être accompagnée d'une regression des signes de sténose. Si elle est peu importante un traitement symptomatique peut suffire.
Dans tous les autres cas, l'intervention reste le seul traitement (20).

INTERVENTIONS PRATIQUEES

Différentes techniques ont été envisagées dans le traitement chirurgical de l'ulcère gastrique. La plus utilisée est la gastrectomie des deux tiers avec anastomose gastro-duodénale (type Péan ou Billroth I) ou gastro-jéjunale (type Polya, Finstérer ou Billroth II) . Enfin d'autres techniques de gastrectomies sont pratiquées , gastrectomie polaire supèrieure ou gastrectomie en gouttière dans les ulcères siégeant au niveau de la grosse tubérosité ou dans la région sous cardiale. Cependant d'autres interventions conservatrices peuvent être envisagées notamment dans l'ulcère sous cardial, l'ulcère de la grosse tubérosité, devant un ulcère gastrique associé à un ulcère duodénal ou lorsque la gastrectomie ne peut être envisagée (32). Ces techniques associent à l'exerèse de la zone ulcéreuse une vagotomie selective et une pyloroplastie préférable à la gastro-entérostomie. (7)
Lorsqu'une vagotomie hyperselective peut être faite une intervention de drainage n'est pas nécessaire en raison des conséquences minimes sur la motricité gastrique (7).
Cependant, la gastrectomie des 2/3 reste actuellement l'intervention la plus utilisée (32). Ce type d'intervention a été pratiquée chez les 18 malades de notre série.
Dans notre série, une intervention chirurgicale a été envisagée chez 21 malades. Trois malades ont refusé l'intervention.
Un ulcère résistant au traitement médical a été constaté dans 14 cas sur les 18 malades opérés ; quatre étaient perforés bouchés. Parmi ces 14 malades, 3 ont fait une hémorragie digestive et quatre une sténose antropylorique. Enfin, quatre malades ont été opérés d'emblée, deux du fait d'une hémorragie digestive persistante et deux pour une suspicion de cancer gastrique non confirmé à l'examen histologique. Chez ces

.../...

18 malades, une gastrectomie des 2/3 a été faite dans tous les cas, avec une anastamose gastro - duodénale (type Péan) dans 11 cas, ou gastro jéjunale (type Finstérer) dans 7 cas.

Sur ces 18 malades, 3 présentaient des troubles digestifs modérés sans retentissement socio professionnels, 3 mois après l'intervention.

Dans ce type d'intervention les séquelles digestives se verraient environ dans 20 % des cas (39).

CONCLUSIONS

Le but de ce travail a été l'étude des caractéristiques cliniques et évolutives de l'ulcère gastrique dont le diagnostic a été affirmé ou contrôlé par les techniques modernes d'endoscopie gastrique. Cette étude a porté en particulier sur :

1) le mode évolutif de l'ulcère sous l'influence du traitement médical

2) la fréquence des interventions chirurgicales et les raisons de ces interventions

3) les éventuelles variations de l'attitude thérapeutique introduites par le recours systématique à l'endoscopie.

La population d'étude comprend 71 malades (56 hommes et 15 femmes soit un rapport de 1 : 3,7) hospitalisés entre 1970 et 1975 dans le même service de gastroentérologie de l'Hopital BEAUJON (Clichy) et chez qui le diagnostic d'ulcère gastrique bénin a été affirmé ou confirmé par l'endoscopie et l'histologie. Les ulcères du Cardia et du Pylore ont été exclus. Cette population comprend 36,6 % de travailleurs immigrés, ce qui s'explique par la position géographique de l'Hopital BEAUJON.

Sur une population de 130 malades venus consulter pour un ulcère gastrique, nous avons éliminé 59 dossiers pour insuffisance d'information.

Dans 49 cas, il s'agissait de la première poussée évolutive de l'ulcère gastrique au moment de l'hospitalisation. On trouve une association avec un ulcère duodénal presque toujours chronologiquement antèrieur dans 15,6 % des cas.

.../...

Un alcoolisme chronique est trouvé dans 29,6 % des cas et un tabagisme dans au moins 35,2 % des cas.
Au plan clinique, une symptomatologie douloureuse existait dans 91,5 % des cas, soit dans près de 9 cas sur 10. Dans 43,7 % des cas il s'agissait d'un syndrome ulcèreux typique. Dans 22,5 % des cas (soit chez 16 malades) une hémorragie digestive a révélé la maladie ulcèreuse. Il faut remarquer que le délai entre le début des symptomes et le diagnostic est supèrieur à 3 mois dans 42,2 % des cas.
Des radiographies de l'estomac ont été faites chez 68 malades sur 71, une niche ulcéreuse a été affirmée dans 54 cas, suspectée dans 8 cas et non vue dans 6 cas.
Une endoscopie gastrique a été faite dans le bilan initial chez 63 malades : l'ulcère a été constamment vu en endoscopie, ce qui s'explique par le mode de sélection des malades. Dans ces 63 cas, des biopsies dirigées ont été faites lors du bilan initial : ces biopsies n'ont montré dans aucun cas de signes en faveur de la malignité.
Chez 60 malades, un bilan couplé radiologique et endoscopique a été fait au début de la poussée évolutive. Dans 6 cas, l'ulcère n'était visible qu'en endoscopie. Dans 5 cas sur 6, il s'agissait d'un ulcère de la face postèrieure de l'estomac. Dans ce groupe de 60 malades, des signes suspects de malignité étaient présents sur les radiographies dans 10 cas, et également à l'endoscopie dans 4 de ces 10 cas. Un de ces malades a été opéré d'emblée sur ces éléments malgré la négativité des biopsies. Dans 10 autres cas, l'endoscopie évoquait la malignité de l'ulcération ; 6 cas n'avaient aucun signe radiologique suspect de malignité, les 4 derniers cas correspondant à des ulcères nonvus ou non certains sur les radiographies.

.../...

Dans ce dernier groupe, un malade a été opéré. En dehors de ces deux malades opérés du fait d'une suspicion de néoplasie gastrique, deux autres malades ont été opérés d'emblée du fait d'une hémorragie digestive.
L'évolution de la poussée ulcéreuse a donc été suivie sur un groupe de 67 malades.
Au terme de 4 semaines de traitement médical, l'ulcère a été considéré comme cicatrisé chez 38 malades, soit dans près de 6 cas sur 10, en voie de cicatrisation chez 17 malades et inchangé chez 12 malades dont 7 ont été opérés. Chez 30 malades, l'évolution de l'ulcère a été contrôlée à la 4ème semaine, à la fois radiologiquement et endoscopiquement.
Dans le groupe des 60 malades non opérés au terme de 4 semaines, le traitement médical a été poursuivi : après 24 semaines l'ulcère a été considéré comme cicatrisé chez 58 malades, 2 ayant été opérés dans l'intervalle. Au total sur 71 malades ayant eu une poussée évolutive de leur ulcère gastrique, 13 ont été opérés avant la 24ème semaine, dans 8 cas, il s'agissait de la première poussée ulcéreuse et dans 5 cas d'une récidive de l'ulcère.
Sur un groupe de 56 malades suivis au moins 1 an après la première poussée ulcèreuse et non opérés, 29 ont fait une ou plusieurs récidives, soit dans 1 cas sur deux (51,7 %).
Dans 9 cas, cette récidive est survenue dans la première année et dans 21 cas dans les 5 premières années. De ces 29 malades, 10 ont été opérés du fait d'une résistance au traitement médical, associée dans 5 cas à une complication (hémorragie ou sténose) ; 3 autres malades ont refusé l'intervention qui leur était proposée.
Au total, 18 malades ont été opérés sur les 71 de cette série, soit 1 malade sur 4, 8 à la première poussée et 10 du fait d'une récidive. Sur ces 18 malades, 4 ont été opérés avant traitement médical (2 pour une hémorragie digestive, les 2 autres pour une suspicion de malignité).

.../...

Pour les 14 autres malades, l'ulcère était résistant au traitement médical : 3 malades ont fait une hémorragie digestive et 4 avaient une sténose antro-pylorique modérée. Sur 14 ulcères résistant au traitement médical, 4 étaient perforés bouchés.

La fréquence des diverses complications de la maladie ulcèreuse a été estimée par rapport au groupe initial de 71 malades : 21 malades ont fait une hémorragie digestive soit dans 2 cas sur 7 environ, et 4 malades une sténose antro-pylorique. Aucun malade n'a eu de perforation aigüe. Une perforation bouchée (affirmée sur les données radiologiques ou opératoires) a été trouvée dans 11 cas, soit dans 1 cas sur 7 environ : dans 4 cas il existait une complication associée à l'ulcère perforé bouché, une hémorragie digestive dans deux cas et une sténose antro-pylorique dans 2 cas ; un malade a été opéré d'emblée pour une hémorragie digestive, et 4 secondairement du fait d'une résistance au traitement médical. La fréquence des interventions chirurgicales en cas d'ulcère gastrique perforé bouché est significativement plus élevée qu'en cas d'ulcère non perforé bouché.

La résistance au traitement médical constitue dans notre étude l'indication la plus fréquente à l'intervention chirurgicale, 28,5 % des ulcères opérés sont perforés bouchés.

A long terme, les possibilités de guérison de la maladie ulcéreuse semblent difficile à apprécier en raison des récidives possibles plus de 10 ans après la première poussée.

Au total sur ce groupe de 71 malades, 18 ont été opérés et 3 ont refusé l'intervention proposée soit 21 malades considérés comme relevant d'un traitement chirurgical (soit 2 malades sur 7 environ) : la raison de l'intervention était soit une complication évolutive soit surtout une résistance

.../...

au traitement médical. Sur les 50 cas restant, 16 ont récidivé dans l'intervalle de temps de l'étude (de 1 à 10 ans).
Cependant, ce taux de récidive ne peutreprésenter la prévalence générale de l'évolutivité et des complications de l'ulcère, car tous les ulcères gastriques ne sont pas hospitalisés.
Il est évident que compte tenu du caractère rétrospectif de cette étude, nous n'avons pas pu tenir compte de l'incidence des facteurs psychosomatiques sur l'ulcère et son traitement.
L'attitude pratique à avoir devant un ulcère gastrique reste discutée car elle dépend de la réponse à deux questions : peut-on éliminer avec suffisamment de certitude un cancer devant une ulcération gastrique ? Quel est le risque de récidive (et donc de complications) d'un ulcère gastrique après une poussée évolutive ? Si on estime qu'il est difficile d'éliminer un cancer et que le risque de récidive est très élevé, il est logique de proposer une intervention chirurgicale à tout malade dont l'ulcère gastrique ne guérit pas complètement et rapidement sous traitement médical. En fait, il semble que :
1) la pratique des contrôles endoscopiques avec prélèvements bioscopiques multiples permet d'éliminer avec suffisamment de certitude un cancer gastrique.
2) après "guérison" d'une poussée évolutive, le risque d'une récidive dans le délai de cette étude est égal environ à 1 cas sur 2. Il est donc raisonnable d'envisager l'intervention chirurgicale uniquement en cas de complication non contrôlée et d'ulcère résistant manifestement au traitement médical.
En cas d'ulcère perforé bouché, ces deux critères sont souvent réunis, ce qui explique la fréquence avec laquelle un traitement chirurgical doit être entrepris. Dans tous les cas,

.../...

il faut s'en tenir à un traitement médical avec contrôle endoscopique de la cicatrisation de l'ulcère.
Ces conclusions doivent être évidemment interprétées en fonction du caractère rétrospectif de cette étude, du nombre relativement faible des malades étudiés et de la durée de surveillance nécessairement brève.

VU :

Le Président de Thèse

BONFILS S.

VU :

Le Doyen de la Faculté
XAVIER BICHAT

Monsieur le Professeur BAUMANN

Vu et permis d'imprimer :
Le Président de l'Université PARIS VII

signé : M. ALLIOT

BIBLIOGRAPHIE

1) AVERY JONES F., GUMMER JWP., LENNARD JONES JE.
Peptic-ulcer. In clinical gastroenterology. Blacwell Scientific Publications. Oxford and Edinburgh 1968, p.469-547

2) BERNADES P.
Les sténoses du pylore de l'adulte.
Rev Prat (Paris) 1971, 21 : 2583 - 2596

3) BERNADES P. MOMBET J. POTET F. VILOTTE J.
Cancer gastrique
Encycl. Méd. Chir. 1975, 9027 A10 - A20

4) BERNIER J.J.
Peut-on mesurer l'évolutivité des cancers digestifs ?
ARCH Fr. Mal. app. dig. 1973, 62, 101 - 104

5) BERTRAND J. et JANKOWOKI J.M
Traitement médical de l'ulcère gastrique
Rev. Prat 1975, 25, 2189 - 2197

6) BOGOCH A.
Hematemesis and melena.
In Bockus H L. Gastroenterology, vol. 1 W B Saunders, Philadelphia and London 1963, 614-667.

7) BONFILS S. , BERNADES P.
La maladie ulcéreuse gastro duodénale, dans :
Précis des maladies du tube digestif, MASSON, PARIS 1976 (à paraître)

8) CAMATTE R ; GAUTHIER A.P. , GEROLAMI A. et SARLES H.
Les hémorragies digestives d'origine médicamenteuses
Conc. Méd. 1970, 92, 1466 - 1477.

9) CARAYON P. MIGUET J Ph. MONANGE CH, J.P CARBILLET, GILLET M.
Renseignements fournis par l'endoscopie des ulcères gastriques,
Rev. Prat 1975, 25, 2121 - 2134.

10) COCKING J B
A trial of amylopectin sulfate (S N - 263) and propantheline bromide in the long term treatment of chronic duodénal ulcer,
Gastroentérology, 1972, 62 : 6-10

11) CONTE M., FOUET P., BODIN F., LIGUORY C.
Radiographie et endoscopie gastrique en urgence au cours des hémorragies digestives.
Ann Med Interne, (Paris) 1970, 121 : 213 - 216

12) CROFT D.N, WOOD Ph.
Gastric mucosa and susceptibility to occult gastro intestinal bleeding caused by aspirin
Br. Med. Jour. 1967, 5533 : 137 - 141

13) DEMOLE M.
Les facteurs nutritionnels dans l'étiologie et l'évolution de l'ulcère gastro-duodénal.
Rev Méd (Paris) 1966, 7 : 793-797

14) DE M'UZAN M., BONFILS S.
Indications thérapeutiques de la conception psychomatique de l'ulcère gastro-duodénal.
Rev. Méd. (Paris) 1966, 7 : 885 - 895

15) DOLL R., AVERY-JONES F., BUCKATZSCH M.
Occupational factors in the actology of gastric and duodénal ulcer,
Spec Rep Med Res Coun HMSO, London, 1951, 276

16) DOLL R. , JONES F.A., PYGOTT F.,
Effect of smoking on the population and maintenance of gastric and duodénal ulcers
Lancet 1958, 1 , 657 - 658

17) DOLL R., KELLOCK TD.
The separate inheritance of gastric and duodénal ulcers.
Ann Hum Genet 1951, 16 : 231 - 240

18) DUPUY R.
La gastro entérologie en 1973
Rev. Prat 1973, 23 4299 - 4307

19) EDWARDS F.C. and COGHILL, N F CLINICAL Manifestations in patients with chronic atrophic gastritis, gastric ulcer, and duodenal ulcer
Quart. J. Med 1968, 37, 337 - 340

20) GASTARD J., GOSSELIN M.
Complications de l'ulcère gastrique
Rev. Prat. 1975, 25, : 2145 - 2155

21) GOLDSTEIN H., JANIN M., SHAPIRO M., BOYLE JD.
Gastric retention associated with gastro-duodenal disease,
Am J Dig Dis 1966, 11 : 887 - 897

22) GRAY D.B. , WARD G E
Delay in diagnosis of carcinoma of the stomach
Am J. SURG. 1952, 83 ; 524 - 527

23) GROSSMAN M.I.
Peptic ulcer in : the CECIL - LOEB, text book of Medecine
Saunders - Londres 1974

24) GUEDJ P.
Valeur pronostique de l'étude de la secretion gastrique.
Acide dans l'ulcère duodénal - Thèse Médecine Paris 1976.

25) GUTMANN R.A.
Fibroscopie et radiologie
Now - Presse Med. 1973, 2, 1881 - 1883

26) GUTMANN - R.A.
Le diagnostic du cancer de l'estomac précoce et avancé
DOIN Editeur - Paris 1967

27) HAUBRICH WS.
Complications of peptic ulcer. in : BOCKUS
H.L Gastroenterology, vol 1. WB Saunders, Philadelphia
and London, 1963, 565 - 613

28) HANSCOM D H, BUCHMAN E. The veterans Administration
cooperative study on gastric ulcer. The follow up period
Gastroenterology , 1971 = 61 - 585 - 591

29) HARA Y et OHOSHI K.
Surveillance endoscopique et radiologique de l'évolution
des ulcères gastriques.
Pourcentage de guérison et fréquence des récidives.
Ann gastroenterol - Hepatol 1973 - 9 , 513 - 521.

30) HARDOUIN J.P. , BLANC D.
Ulcère gastrique : signes cliniques, orientation diagnostique
et évolution
Rev. Prat 1975 , 25 , 2089 - 2093

31) JOLY R. DUPUY P, CAZARD G.
L'ulcère gastro duodénal chez le cirrhotique
Les acpects actuels
Rev. Prat. 1973, 23, 4345 - 4361

32) JULIEN M.
Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique
Rev. Prat 1975, 25 , 2203 - 2211

33) KAYE M D., RHODES J., BECK P., SWEETNAM P M., DAVIES GT., EVANS K T.
A controlled trial of glycopyrronium and 1-hyoscyamine in the longterm treatment of duodenal ulcer.
Gut, 1970, 11 : 559 - 566

34) KIRSNER J.B
Peptic ulcer : a review of the recent litterature on various clinical aspects, Part 11.
Gastroenterology, 1968, 54 : 945 - 975

35) LAMBERT R., MOULINIER B.
La biopsie dirigée dans le diagnostic des ulcérations gastriques.
Ann. Gastroenterol Hepatol 1973, 9, 81-89

36) LAMBLING A
La place de l'ulcère gastrique dans la maladie ulcéreuse.
Rev. Prat., 1975, 25, 2077 - 2083

37) LAMBLING A., BONFILS S., BARATGIN B.
Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Etude de 254 observations
Arch Mal App Dig 1957, 46 : 113 - 143

38) LAMBLING A. BONFILS et BARATGIN B.
Hémorragies des ulcères gastro-duodénaux
Rev. Prat. 1956, 6, 3419 - 3427

39) LAZORTHES
Indications de la chirurgie dans les ulcères gastro-duodénaux.
Encycl. Med. Chir. 1973, 9023 L10 1 - 10.

40) LEVRAT M.
Les ulcères d'origine médicamenteuse
Rev. Prat. 1975, 25, 27, 2159 - 2166

41) MOMBET J.P
Diagnostic radiologique de l'ulcère gastrique
Rev. Prat. 1975, 25, 27 : 2099 - 2117

42) MOMBET J.P et FERRIER J.P
Radiologie digestive
1970, 9011 - A 10 - 9 -
Encycl. Med. Chir.

43) NATVIG P. , ROMCKE O., SWAAR SELJESAETER O.
Results of medical Treatment of gastric and duodenal ulcer.
Acta. Med. Scaud Suppl. 1950 - 80, 246 - 253

44) PALMER E.D.
Perforation of gastro-duodenal ulcer.
Ann Inter Med 1972, 130 : 957 - 964

45) PETITE J.P, GUERRE J.
Fibroscopie dans les ulcères gastro-duodenaux
Aspects macroscopiques
Ann. Gastroent. Hepatal 1973, 1, 69 - 79

46) RICHARDSON C.T.
Chronic gastric ulcer in gastro intestinal disease
ed. by Sleissenger and Fordtran, Saunders, Philadelphia.
1972, 692 - 713.

47) SANDERS R.
Incidence of perforated duodenal and gastric ulcer in Oxford.
Gut, 1967, 8 : 58 - 63

48) SARLES H., CAMATTE R., GAUTHIER AP., BOUILLON M.
Etude contrôlée de l'action des traitements "d'entretien"
entre les poussées de la maladie ulcéreuse duodénale.
Arch Fr Mal App Dig 1972, 61 : 735 - 743

49) SMITH FH, JORDAN S M
Gastric ulcer, study of 600 Cases
Gastroenterology 1948, 11 : 575 - 582

50) SUGAWA C., WERNER M H., HAYES D F., LUCAS C.E., WALT AJ.
Early endoscopy. A guide to therapy for acute hemorrhage
in the uppper gastrointestinal tract.
Arch Surg 1973, 107 : 133 - 137.

51) SUN D C H., RYAN M L.
A controlled study on the use of propantheline and amylopectin
sulfate (SN - 263) for recurrences in duodenal ulcer.
Gastroenterology 1970, 58 : 756 - 761

52) The veterans administration cooperative study on gastric ulcer.
Gastroenterology, 1971, 61 : 565 - 654.